Rok XLIX. Kraków, dnia 24 września 1910. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

W sprawie operacyjnego otwierania wyrostka sutkowego i ucha środkowego

napisał

Dr Z. Radliński,
pierwszy asystent kliniki.

Za podstawę tej pracy posłużyły mi przypadki schorzeń ucha środkowego i wyrostka sutkowego, spostrzegane i operacyjnie leczone w klinice chirurgicznej prof. Kadera za czas od r. 1900/1 do końca r. 1908/9 — ogółem 85 przypadków [1]).

Dozwoliły one prof. Kaderowi i mnie wypracować nieco odmienne sposoby postępowania operacyjnego w porównaniu z dotychczasowymi zabiegami typowymi. Przedstawienie naszego postępowania z uwzględnieniem stanowiska naszej kliniki co do wskazań operacyjnych — jest celem tej pracy.

Odmienność postępowania naszego dotyczy sposobu odsłonięcia wyrostka sutkowego, wykonania antrotomii i operacyi doszczętnej, oraz postępowania przy zakrzepach zatoki esowatej. Metoda operacyi doszczętnej, opracowana przezemnie, umożliwia w sposób pewniejszy, niż dotychczasowe, uniknąć uszkodzenia nerwu twarzowego; podaję również postępowanie na wypadek jego uszkodzenia.

Pod względem wskazań operacyjnych poddaję cały odnośny materyał kliniczny systematyzacyi, a mianowicie ujmuję go w następujące cztery grupy:

I. Pierwszą grupę stanowią przypadki, gdzie w przebiegu lub wkrótce po ostrem zapaleniu ucha środkowego wystąpiły powikłania ze strony wyrostka sutkowego w ostrej zapalnej formie, z wysoką ciepłotą, z żywą bolesnością na wyrostku i najczęściej obrzękiem okolicy wyrostka. Przypadki te obejmiemy ogólnem mianem przypadków ostrych. Były one i są u nas traktowane jak przypadki nagłe i w razie chociażby parodniowego tylko trwania objawów operowane są zaraz po przybyciu do kliniki. Przez niektórych otyatrów uważane za dopuszczalne leczenie zachowawcze przez kilka — do 8 dni — (Gerber) uważamy za przeciwwskazane, pomimo niewątpliwie stwierdzonej samoistnej uleczalności zapaleń wyrostka sutkowego.

Radykalizm ten opieramy na następujących podstawach. Po pierwsze, jeżeli w jamach wyrostka sutkowego sprawa zapalno-ropna już powstała, nigdy nie mamy pewności w jakich warunkach anatomicznych ona przebiegać będzie. Przedewszystkiem nie wiemy, czy w danym przypadku niema wrodzonej nadmiernej cienkości lub szczelin warstw kostnych, oddzielających sprawę ropną od opon dołu czaszkowego średniego lub tylnego, od zatoki esowatej lub wreszcie od opuszki żyły szyjnej (bulbus venae jugularis). Badania anatomiczne Körnera dają pod tym względem nader cenne wskazówki, ostrzegające przed nadmiarem konserwatyzmu. Jeżeli prawidłowe grubsze pokłady kostne, stanowiące warunek ograniczenia się sprawy, nie istnieją, wtedy już w paru dniach, i co najważniejsze, bez szczególnie groźnych oznak poprzedzających, rozwinąć się mogą sprawy zewnątrzoponowe, a stąd i wewnątrzoponowe lub zakrzepowe w kanale żylnym zatoki, ze wszystkiemi trudno już dającemi się opanować następstwami. Po drugie, o ile ostre zapalenie ucha środkowego z ostrem zapaleniem jam wyrostka sutkowego samo ustąpi, a w wyrostku sutkowym powoli i dalej już bez objawów sprawa zapalna, pozornie wygasła, się posuwa, może nagle dojść do powstania zakrzepu w zatoce esowatej (Voss). Wreszcie pamiętać należy o pozostałościach zapalnych po wygaśnięciu stanu ostrego w wyrostku sutkowym, na tle których, przy istnieniu przedziurawienia błony bębenkowej i wrastaniu nabłonka płaskiego do jamy bębenkowej z przewodu słuchowego zewnętrznego, rozwinąć się może perlak (cholesteatoma spurium) (Ostmann). Otwarcie jam wyrostka sutkowego zapobiega tym doraźnym i następowym powikłaniom.

W sprawie leczenia zachowawczego zapaleń wyrostka sutkowego zapomocą zastoju żylnego według Biera, stosowanego przez niektórych otyatrów ostatniej doby, nadmienię, że podniesione wyżej względy nakazują nam zachować sceptycyzm i przyłączyć się raczej do grupy przeciwników tego sposobu, niż do jego zwolenników.

II. Drugą grupę można scharakteryzować jako podostrą i to nietyle na podstawie przebiegu samego zapalenia wyrostka sutkowego, jak, z tego względu, że to schorzenie powstaje w przebiegu podostrego zapalenia ucha środkowego. Najtypowiej obraz kliniczny zarysowuje się w tej grupie w ten

[1]) Wszystkich przypadków schorzeń wymienionych spostrzegaliśmy 105, z tych jednak operacyjnie leczonych i szczegółowo opracowanych — 85.

sposób, że w przebiegu podostrego zapalenia ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej i wypływem ropnym z ucha, nie mającego na razie cech, wymagających zabiegu doszczętnego, a więc bez próchnienia ścian czy to jamy bębenkowej, czy to uchyłku nadbębenkowego (atticus), bez martwicy kostek słuchowych, a więc w przypadkach, nadających się do leczenia zachowawczego wewnątrzusznego, powstaje chwilowe utrudnienie odpływu wydzieliny z ucha i to zatrzymanie wydzieliny wywołuje przedostanie się jej do jam wyrostka sutkowego i rozwój tamże sprawy zapalno-ropnej. Najczęstszym powodem do zatrzymania odpływu wydzieliny jest w tych razach niepomyślne usadowienie się samoistnie powstałego przedziurawienia błony bębenkowej w górnych jej częściach i czasowe zatkanie przedziurawienia czy to zgęstniałą wydzieliną, czy przez obrzęk przewodu słuchowego. O ile zapalenie jam wyrostka sutkowego powstało, i o ile ogranicza się do sprawy śluzowo-ropnej na samej śluzówce tych jam bez wybitnej bolesności okolicy wyrostka i bez podniesienia ciepłoty, — należy na razie leczyć wyczekująco, po zapewnieniu odpływu wydzieliny przez powiększenie otworu w błonie bębenkowej. Jeżeli jednak sprawa się przeciąga na kilka tygodni, jeżeli wydzielina ropna, zamiast słabnąć, wzmaga się, i co najważniejsza, jeżeli podnosić się zaczyna ciepłota, wówczas występuje wskazanie do zabiegu operacyjnego: wydłutowania jam wyrostka sutkowego. Wskazanie to może wystąpić odrazu i nagle w przypadkach, gdzie ciepłota się wzmaga szybko, lub gdzie choćby jednorazowo, ale wysoko się podniosła; wyczekiwać w tych razach, zdaniem mojem, już nie wolno. Silniejsze podniesienie ciepłoty świadczy o silniejszem napięciu i ciśnieniu wydzieliny ropnej w jamach ucha i wyrostka, a co za tem idzie, o grożącem przejściu sprawy na części sąsiednie, do dołów czaszkowych, do błędnika, w otoczenie kanałów żylnych, i wymaga przez to samo wkroczenia niezwłocznego. Przewlekanie się sprawy przy dobrych warunkach odpływu dowodzi, że poza ropieniem śluzówki powstało ropienie okostne i stąd, z próchnienia ścian jamy wyrostka, wynika wskazanie do operacyi (Ostmann).

III. Trzecią grupę, u nas dość jeszcze znaczną, stanowią przypadki ostre, powstające jako ciąg dalszy spraw chorobowych, wymagających z natury swej leczenia operacyjnego i albo nie leczone zupełnie i zaniedbane, albo przez niefachowców leczone zachowawczo bez odpowiednich wskazań i oceny sprawy. Rozumiem tu te przypadki, w których przewlekłe ropienie z ucha środkowego, mające za przyczynę bądź to perlak, bądź postępujące próchnienie ścian uchyłka nadbębenkowego lub jamy bębenkowej doznaje powikłania w postaci ostrego zapalenia w jamach na razie tylko wyrostka sutkowego.

Sprawy chorobowe stanowiące tu podstawę cierpienia często przygotowują grunt szczególnie niepomyślny dla dalszego przebiegu raz powstałego ropienia. Mianowicie zarówno perlak, jak postępujące próchnienie są często powodem zniszczenia albo ścieńczenia ścian kostnych, oddzielających jamy wyrostka sutkowego od dołów czaszkowych, od zatoki esowatej. Na tem tle często w razie przyłączenia się zapalenia ropnego w jamach wyrostka szybko i groźnie — w innych przypadkach podstępnie i powoli — występują ciężkie powikłania w postaci ropni zewnątrzoponowych, ropni mózgu, zakrzepu w zatoce esowatej z jego rozpadem ropnym. Zupełnie słusznie przypadki tego rodzaju mają złą renomę. Znaczna część niepomyślnych zejść spostrzeganych u nas, dotyczyła przypadków tej grupy. Z drugiej strony stanowi ta grupa właśnie źródło najciekawszych spostrzeżeń. Pod względem jakości wskazanego zabiegu stanowi ta grupa przejście od poprzednich grup do ostatniej, czwartej.

IV. Czwarta grupa zarówno co do wskazań operacyjnych, jak i rodzaju samego zabiegu zajmuje osobne miejsce. Mam tu na myśli przypadki, dające wskazania do t. zw. operacyi doszczętnej, a więc te ropienia przewlekłe śródusza, w których bezsilnem okazało się zarówno leczenie zachowawcze, jak i drobne wewnątrz-uszne zabiegi operacyjne, np. usunięcie kostek słuchowych, łyżeczkowanie ścian jamy bębenkowej i uchyłka nadbębenkowego. Jak to w charakterystyce trzeciej grupy zaznaczyłem, przyczyną tych uporczywych ropień bywa przeważnie albo postępujące próchnienie ścian jamy bębenkowej, uchyłka nadbębenkowego i wyrostka sutkowego, albo perlak (cholesteatoma).

Podział powyższy, niejednokrotnie nie mający podstaw anatomicznych i — być może — nieraz dzielący jednorzędne, a jednoczący odmienne pod względem otyatrycznym przypadki, dla nas chirurgów ma znaczenie oryentacyjne, o ile chodzi o zabiegi w wyrostku sutkowym. W rzeczy samej przypadki grupy pierwszej i drugiej wymagać będą samego tylko otwarcia jam wyrostka sutkowego, operacyi podanej przez Schwartzego, »acute Aufmeisselung« otyatrów niemieckich (antrotomia). Pierwsza grupa od drugiej różni się tem, że w drugiej objawy zapalenia, powstające po przedziurawieniu błony bębenkowej, a więc przy istniejącym odpływie ropy, mogą rozwijać się powolniej, wśród mniej niepokojących objawów, i interwencya chirurgiczna na wyrostku wskazana się staje w razie przewlekania się sprawy lub wystąpienia objawów o większem nasileniu, przyczem rozstrzygającą rolę odgrywa zwykle przebieg ciepłoty. Przypadki tej grupy, o ile nie zostały zoperowane w okresie należenia do niej, podczas długotrwałych podgorączkowych wzniesień ciepłoty, przechodzą po jej samoistnym spadku do grupy czwartej, do rzędu przypadków wymagających operacyi doszczętnej wskutek postępującego próchnienia ścian jamy bębenkowej i jam wyrostka sutkowego.

Przypadki trzeciej grupy mają wskazanie operacyjne przeważnie urozmaicone, ponieważ poza sprawą w samych jamach wyrostka sutkowego, uchyłku nadbębenkowym i jamie bębenkowej, mamy często przed sobą powikłania ze strony otoczenia, opon mózgowych, zatoki esowatej. Toteż w zasadzie należąc do przypadków, wymagających t. zw. operacyi doszczętnej, dają przypadki tej grupy pole do całego szeregu wtórnych wzgl. pomocniczych zabiegów już to na dołach czaszki, już to na układzie żylnym: zatoka poprzeczna. esowata, żyła szyjna.

Wreszcie czwarta grupa, grupa typowej operacyi doszczętnej, pod względem wskazań operacyjnych może być z równem niemal prawem, jak odpowiednie zabiegi na wyrostku robaczkowym, nazwana grupą operacyi »à froid«, na zimno.

Dla uniknięcia późniejszych powtarzań i łatwiejszego uwydatnienia właściwości naszego postępowania operacyjnego przytaczam tu niektóre szczegóły anatomo-topograficzne terenu operacyjnego.

Obnażony wyrostek sutkowy przedstawia trójkąt, którego górną granicę stanowi t. zw. linia skroniowa (lin. temporalis) t. j. przedłużenie ku tyłowi górnego brzegu wyrostka jarzmowego kości skroniowej; tylną granicą jest szew między częścią sutkową kości skroniowej a kością potyliczną; przednią granicę stanowi tylna ściana przewodu słuchowego kostnego i jej przedłużenie w dół, aż do zaokrąglonego dolnego końca wyrostka. Linia skroniowa przebiega około 3/4 cm ponad górnym obwodem przewodu słuchowego zewnętrznego. Linia ta niezawsze bywa zaznaczoną na kości w postaci chropowatej smugi — często wypada ją sobie oznaczyć tylko w myśli w kierunku podanym powyżej. Linii tej, jak wiadomo, w zasadzie nie należy przekraczać ku górze przy zabiegach na wyrostku sutkowym, ponieważ ponad nią łatwo zdarzyć się może otwarcie średniego dołu czaszkowego. Umyślne przekroczenie tej linii ku górze zdarza się jednak dość często, ponieważ samo tylko obnażenie opony twardej bez uszkodzenia jej niema żadnego znaczenia i jest nieszkodliwe, a odsłonięcie leżącego tu właśnie odcinka opony twardej bywa częstokroć konieczne w razie przypuszczalnych powikłań — ropni zewnątrzoponowych. Tylna anatomiczna granica wyrostka sutkowego nie stanowi tylnej granicy terenu operacyjnego; ta granica terenu operacyjnego leży ku przodowi od tylnej granicy wyrostka na przednim obwodzie przypuszczalnego położenia zatoki esowatej. Ale tu właśnie nie mamy, jak wiadomo, żadnych stałych punktów i oznak oryentacyjnych, któreby nam dawały zupełnie ścisłe wskazówki. Tylko w pewnym stopniu możemy się tu kierować ogólnym kształtem wyrostka sutkowego. Mianowicie wyrostek płaski i szeroki pozwala przypuszczać, że zatoka zajmuje położenie częściej się zdarzające i uchodzące za prawidłowe, t. j. powyżej 1 cm. od tylnej ściany przewodu słuchowego kostnego. Natomiast, jeżeli wyrostek jest wązki, jeżeli już powierzchowne jego warstwy są zbite, twarde i wreszcie, jeżeli powierzchnia przedniej połowy wyrostka sutkowego opuszcza się w głąb ku tylnej ścianie przewodu słuchowego kostnego i tworzy z nią kąt tępy, zamiast prawidłowego, mniej więcej prostego, — są to wskazówki pozwalające przypuszczać, że zatoka leży bardziej ku przodowi (Gerber, Ostmann). Tam gdzie wskazówki te istnieją, zatoka niemal zawsze leży bardziej ku przodowi (Sinusvorlagerung), natomiast przy zewnętrznie prawidłowo wyglądającym wyrostku nie zawsze spotykamy ją w dogodnem, prawidłowem położeniu; leży ona i w tych razach nieraz również więcej ku przodowi. Wynika stąd, że obok znajomości cech przebiegu zatoki, zawsze trzeba w pobliżu zatoki dłutować w kości ostrożnie, by zatoki nie uszkodzić przypadkowo. Samo tylko obnażenie zatoki, tak samo jak opony twardej, niema na ogół znaczenia; często obnażamy ją celowo dla przekonania się zarówno o stanie jej ściany zewnętrznej, jak i o stanie leżącej poza nią opony twardej móżdżku. Uszkodzenie zatoki i wynikający stąd krwotok mimo gwałtowności swojej nie przedstawia bezpośredniego niebezpieczeństwa. Nad krwotokiem zawsze można zapanować przez uciśnięcie tamponem z gazy; ale w razach tych staje się czasami niemożliwem dokończenie operacyi. Szczególnie jeżeli zatoka leży bardziej ku przodowi t. j. w tych razach, w których ulega ona najłatwiej uszkodzeniu, może uciskający tampon z gazy tak zacieśnić pole operacyjne, że dokończenie zabiegu, choćby tylko w postaci dotarcia do jamy sutkowej (antrum mastoideum) staje się na razie niewykonalne. Skaleczenie zatoki zdarza się wogóle rzadko. Ostmann pisze, że jemu nie zdarzyło się to ani razu; wśród naszych przypadków zdarzyło się to parę razy, ale nigdy nie miało ani poważniejszych następstw, ani nie zmusiło do przerwania operacyi. Przy znajomości anatomii i ostrożności zawsze niemal uniknąć można tego skaleczenia.

Naturalną przednią granicę terenu operacyjnego stanowi tylna ściana przewodu słuchowego kostnego. Na granicy jej przejścia w górny obwód leży wzgórek kostny — t. zw. kolec nad przewodem (spina supra meatum). W razie wąskiego, kończystego kształtu tego kolca, on sam jako całość, w razie zaś bardziej płaskiej i szerszej budowy — jego środek, ma wielkie znaczenie oryentacyjne. Jest on wskaźnikiem położenia kolanka nerwu twarzowego (geniculum nervi facialis), ponieważ leży on, względnie jego



Rys. 1. Cięcie skórne przy operacyach na wyrostku sutkowym, podane przez prof. Kadera. Zdjęcie z natury podczas operacyi.

punkt środkowy, niemal zawsze z matematyczną ścisłością na poziomie dolnej ściany dojścia do jamy (aditus ad antrum), w której przebiega nerw twarzowy, łukowato ku dołowi się przeginając. Zwykle jest on tutaj przykryty tylko cienką warstwą kostną, niejednokrotnie bywa nawet obnażony, o ile przez próchnienie lub perlak kość zniszczała. Stosunek spina supra meatum do nerwu twarzowego jest wyzyskany przy opisanej niżej odmianie zabiegu doszczętnego.

Zabieg operacyjny, zarówno antrotomię jak operacyę doszczętną, rozpoczyna odsłonięcie kostnego terenu operacyjnego. Znacznem udogodnieniem jest tu cięcie, obmyślone i stosowane przez prof. Kadera od r. 1899 zamiast zwykłego łukowego cięcia zausznego, używanego dotychczas powszechnie.

Cięcie to rozpoczyna się w górnym końcu przyczepu małżowiny i w rowku za nią schodząc w dół łukowato dochodzi do wierzchołka wyrostka sutkowego,

na wierzchołku zawraca łukowato ku tyłowi i ku górze, okrążając wierzchołek. W ten sposób powstaje trójkątny płat, w którego polu leży cały wyrostek sutkowy i po części okolica tuż poza wyrostkiem (patrz rys. 1). W linii cięcia dochodzi się do kości i zapomocą częściowo skrobaczki (raspatorium), częściowo noża cały płat oddziela się o ile można z okostną od kości i odchyla ku górze (rys. 2). W ten sposób cały wyrostek jest odsłonięty i udostępniony; przy zupełnej ruchomości płatu, umocowanie go za koniec w górze do pokrywającego głowę kompresu zapomocą kulociągu lub szwu tymczasowego czyni zbytecznem zarówno uciążliwe rozciąganie rany hakami, jak i stosowanie jakichkolwiek automatycznych rozszerzadeł, tylokrotnie proponowanych.

Cięcie opisane ma pewne podobieństwo do cięcia podanego przez Küstera. Autor ten podał cięcie płatowe



Rys. 2. Płat skórno-okostny odchylony ku górze; cały wyrostek sutkowy odsłonięty.

w kształcie litery U z podstawą u góry, o równolegle do siebie przebiegających liniach podłużnych, wytwarzając płat skórno-okostnowo-kostny ze skóry i oddłutowanej powierzchownej blaszki kostnej wyrostka sutkowego. Po uniesieniu płatu ku górze otwiera Küster jamy wyrostka i oczyściwszy je przykłada płat na miejsce. Pod warstewką kostną powstaje jama o twardych kostnych ścianach trudno wypełniająca się tkanką ziarninową a następnie bliznowatą. Tej niedogodności unikamy płatem skórno-okostnowym, który będąc podatnym ma skłonność jamę wypełnić i do dna jej się przystosować przez wciągnięcie tkanką bliznowatą. W razie istnienia zatoki ropnej ku dołowi od wierzchołka wyrostka sutkowego cięcie może w swem ramieniu przedniem być przedłużone ku dołowi i otworzyć tę zatokę. W razie potrzeby odsłonięcia kości potylicznej, np. z powodu zmian w zatoce poprzecznej, przedłuża się tylne ramię cięcia poziomo ku tyłowi, wzdłuż linea semicircularis superior os. occip.

Po odsłonięciu wyrostka sutkowego postępuje się odmiennie w zależności od tego, czy mamy na celu tylko otwarcie jam wyrostka, czy zabieg doszczętny.

W pierwszym przypadku wykonując antrotomię, dłutujemy wyrostek w granicach następujących: ku tyłowi nie więcej nad 1 ctm. od kolca nad przewodem (spina supra meatum); ku dołowi zdłutowujemy w cienkich warstewkach całą zewnętrzną ścianę wyrostka; ku górze sięgamy prawie do linii skroniowej (lin. temporalis). Ku przodowi większość chirurgów posuwa się tylko tak daleko, jak sięgają zropiałe komórki, względnie jak wymaga dobry dostęp do antrum. Pozostaje przytem zwykle nietknięta tylna ściana przewodu słuchowego kostnego, w postaci cienkiej przegrody pomiędzy jamą wydłutowaną, a przewodem słuchowym. W klinice naszej zdłutowujemy zwykle częściowo lub całkowicie tylną ścianę przewodu słuchowego kostnego, odsunąwszy poprzednio zapomocą raspatoryum ku przodowi przewód skórny. Robimy to dlatego, że droga ta zapobiega uszkodzeniu nerwu twarzowego i w celu otrzymania możliwie płaskiej jamy kostnej bez wystających brzegów, przez co umożebniamy łatwiejsze i szybsze wypełnianie częściami miękkiemi i zaciągnięcie blizną jamy kostnej. Rozległość usunięcia tylnej ściany przewodu kostnego zależną jest naturalnie od głębokości antrum i od tego, czy i o ile błona bębenkowa i kostki słuchowe są zachowane, względnie o ile można liczyć na powrót tych części do stanu prawidłowego. W razach dalej idącego zniszczenia tych części, zabiera się całą tylną ścianę aż do poziomu nerwu twarzowego.

Często już po zdjęciu paromilimetrowej blaszki, która odpowiada zewnętrznej warstwie korowej wyrostka, natrafiamy na zropiałe lub wypełnione ziarniną komórki, wzgl. na jamę ropną, powstałą ze zlania się komórek o zniszczonych ścianach w jedną jamę z leżącą głębiej jamą sutkową (antrum). Jeżeli nie natrafiamy odrazu na ropę ani na ziarninę, a tylko na istotę gąbczastą wyrostka sutkowego, posuwamy się dalej w głąb, wytwarzając lejkowaty otwór, którego wierzchołek kierujemy w głąb i ku przodowi, przyczem w przypadkach mniej topograficznie jasnych trzymamy się ściśle tylnej ściany przewodu słuchowego kostnego i usuwamy ją wraz z przylegającą częścią wyrostka sutkowego w miarę postępowania w głąb, tak że ściana ta wskazuje poniekąd drogę ku jamie sutkowej (antrum), jakem to już zresztą nadmienił.

Na tylnym obwodzie jamy dłutowanej stawiać należy dłuto możliwie pod ostrym kątem do powierzchni kości (»płasko«), aby uniknąć skaleczenia zatoki esowatej. W ten sposób linie działania dłuta idą wzdłuż stycznej (tangens) do obwodu zatoki, i nawet w razie niespodziewanego odsłonięcia zatoki, odsłonimy ją tylko, a nie skaleczymy, ponieważ od działającego w kierunku stycznej dłuta ściana zatoki zawsze się odsunie, a nie naderwie. Trzymając się granic wyżej podanych i posuwając się w głąb i ku przodowi przeważnie nawet nie obnażymy zatoki.

O tem, żeśmy weszli do jamy sutkowej (antrum) — a zdarzy się to zwykle w głębokości około 1 cm. — musimy się przekonać zapomocą wprowadzenia główkowatego zgłębnika, haczykowato zagiętego na końcu. Zgłębnik wprowadzony do jamy (antrum) i skierowany ku przodowi, przesunie się z łatwością przez wejście do jamy (aditus ad antrum)

do uchyłka nadbębenkowego (recessus epitympanicus, atticus) i ta właśnie możliwość dalekiego posunięcia zagiętego zgłębnika ku przodowi przekonuje, że otwartą została jama sutkowa (antrum), a nie która z komórek po drodze. W razie braku błony bębenkowej lub znacznego w niej otworu możemy dodatkowo rzecz sprawdzić przez wprowadzenie drugiego zgłębnika do przewodu słuchowego zewnętrznego i dalej do jamy bębenkowej: tam, w górnej części tej jamy, oba zgłębniki się spotkają i dadzą odpowiednie wrażenie dotykowe.

Jeszcze właściwszem i łagodniejszem, niż próbowanie z zgłębnikiem, czy jesteśmy już w antrum, jest często stosowane u nas ostrożne przestrzykiwanie za pomocą strzykawki, na stożek której nałożony jest drenik gumowy. W razie, jeżeli błona bębenkowa jest przedziurawiona, płyn wstrzyknięty do antrum wylewa się z przewodu słuchowego zewnętrznego. Naturalnie nie można przytem płynu wciskać pod większem ciśnieniem, a tylko bardzo łagodnie; również nie nadaje się ten sposób tam, gdzie błona bębenkowa nie jest przedziurawiona.

Po otwarciu jamy sutkowej wyskrobujemy łyżeczką jej ściany, oraz, o ile można, ścianę górną wejścia do jamy, (aditus ad antrum). Ściany dolnej wejścia nie należy silniej skrobać, ponieważ tuż pod nią leży nerw twarzowy, który może nie mieć osłony kostnej i przez silniejsze skrobanie łyżeczką może być uszkodzony: nie należy zatem ostrza łyżeczki zwracać w obrębie wejścia do jamy (aditus) ku dołowi i zwłaszcza silniej niem w dół naciskać. Uszkodzenia nerwu twarzowego w ten sposób należą do rzadkich na szczęście, ale typowych przy trepanacyi w przypadkach ostrych. Po usunięciu zropiałej zawartości i resztek ścian komórek w obrębie wyrostka sutkowego, oraz niekiedy nawet wyrostka jarzmowego (proc. zygomaticus) zapomocą dłuta lub ostrej łyżki, oraz po przekonaniu się, że zarówno w kierunku ku zatoce esowatej, jak i ku górze ku oponie dołu czaszkowego średniego nie wiedzie ani zawierający ropę kanał kostny lub szczelina, ani też niema w tych miejscach kości o barwie nieprawidłowej, szarej lub czarnoszarej — co zresztą w przypadkach ostrych rzadko się zdarza — uważamy właściwy zabieg za skończony.

Modelując ostatecznie jamę operacyjną należy starać się otrzymać jak najbardziej płaskie nie lejkowate zagłębienie w kości dla możliwie łatwego i szybkiego przygojenia się płatu skórno-okostnego prof. Kadera; w tym celu zdłutowuje się teraz wszystkie zbyteczne wystające brzegi kostne.

Po drobiazgowem sprawdzeniu, czy nie pozostały gdzie w ranie oddłutowane odłamki i wióry kostne i po ich usunięciu szczypczykami i wypłukiwaniem, tamponujemy jamę wyrostka paskiem gazy przeciwgnilnej i koniec jego wyprowadzamy w dół przez część rany niezaszytą. Zauszną część rany i górną część tylnego ramienia cięcia zaszywamy zawsze (patrz rys. 3). W ten sposób widoczna zauszna część blizny jest bardzo nieznaczna, ponieważ rana goi się tu doraźnie, a tylko na końcu wyrostka sutkowego, zwykle w obrębie owłosienia, pozostaje mała część rany, przeznaczona do zagojenia się przez ziarnkowanie. Przy tym sposobie unika się szpetnej zaklęsłej blizny za uchem, powstającej zawsze przez wciąganie brzegów rany skórnej w głąb ku jamie kostnej przy innych sposobach postępowania. Miękki i podatny płat dobrze się do jamy kostnej przystosowuje, wyściela ją dokładnie i umożebnia szybsze zagojenie.

Pierwszy opatrunek trzymamy niezmieniony (nie licząc ewent. zmian powierzchownych warstw opatrunku) zwykle przez 6—7 dni, poczem zaczynamy powoli wyciągać pas gazy i od tego dnia przez codzienne pociąganie obluzowujemy tampon tak, iż 8-go lub 9-go dnia może być zupełnie wyjęty. Po wyjęciu tamponu, gazy już więcej zwykle nie wprowadzamy, a tylko mały sączek gumowy 5—6 mm grubości, idący ku górze aż do poziomu jamy wyrostka. Sączek ten wypycha ziarnina stopniowo na zewnątrz, tak iż po 3—4 tygodniach od operacyi sam przez się ulega on wydaleniu i rana się zamyka. Jak mało znaczną jest blizna po stosowaniu cięcia prof. Kadera i leczeniu rany w sposób opisany,



Rys. 3. Na rysunku widać zarówno zaszytą, jak i otwartą dla tamponu z gazy część rany, po umocowaniu na miejscu płatu trójkątnego.

widać z rysunku 4 i 5, pomimo, że w tym wypadku było zrobione dodatkowe cięcie ku dołowi.

W ten sam mniej więcej sposób kształtuje się postępowanie operacyjne w przypadkach podostrych z tą różnicą, że tu częściej warunki rany i stan kości prowadzą nas do zatoki esowatej, albo opony twardej ku górze i zmuszają do zbadania tych miejsc. Bliżej zajmę się opisem odpowiedniego postępowania przy zabiegu operacyjnym w przypadkach zaniedbanych, w których najczęściej się spotykamy z powikłaniami tego rodzaju.

Zabieg operacyjny doszczętny ma na celu podług trafnego ujęcia Kochera, zamienienie szeregu jam ropiejących o zawiłych kształtach na jedną wspólną jamę o dobrych warunkach odpływu w myśl zasad chirurgii ogólnej. Dążymy więc do tego, aby ropiejącą jamę bębenkową, uchyłek nadbębenkowy, wejście do jamy sutkowej, samą jamę sutkową i przylegające komórki zamienić w jedną wspólną jamę o zdrowych i gładkich ścianach. Małżowina uszna wraz z idącym od niej w głąb przewodem słuchowym skórnym stanowiłaby właściwie przeszkodę w o-

siągnięciu tego celu, gdyby dzięki Stackemu, Körnerowi, Pansemu i innym nie została ustalona możliwość wyzyskania tego przewodu skórnego dla szybszego pokrycia przynajmniej części wytworzonej jamy zdrowym naskórkiem.

Sam zabieg doszczętny na kości bywa dokonywany dotychczas dwoma sposobami, Zaufala lub Stackego, różniącymi się od siebie odwrotnym porządkiem aktów operacyjnych. Zaufal naprzód otwiera jamę wyrostka sutkowego i stąd posuwa się stopniowo przez usuwanie zewnętrznej ściany wejścia do jamy i uchyłka nadbębenkowego do jamy bębenkowej. Odwrotnie, gdyż od strony jamy bębenkowej zaczyna Stacke; od strony górnej ściany przewodu kostnego zdłutowuje on zewnętrzną ścianę uchyłka nadbębenkowego, wprowadza do wejścia do jamy (aditus ad antrum) swój zgłębnik — ochraniacz, mający zabezpieczyć nerw twarzowy w dolnej i wewnętrznej ścianie wejścia do jamy (aditus) i za jego kierunkiem zdłutowuje zewnętrzną ścianę wejścia do jamy i samej jamy sutkowej (antrum).

porażenie w 12 przypadkach, przyczem następowało to zawsze przy operacyi doszczętnej (206), a ani razu przy zabiegu w przypadkach ostrych, — przy zwykłem otwarciu wyrostka sutkowego (438).

Skłoniło mnie to do opracowania na zwłokach sposobu operacyjnego, któryby w większym niż dotychczasowe stopniu zapobiegał uszkodzeniu nerwu twarzowego. Sposób ten jest w ostatnich 2 latach stale i z powodzeniem stosowany u chorych naszej kliniki.

Zaczynamy od zakreślenia sobie terenu operacyjnego na zewnętrznej powierzchni kości (rys. 6), po obnażeniu całego wyrostka sutkowego z cięcia płatowego prof. Kadera. Małżowinę uszną odciągamy ku przodowi i wraz z nią oddzieloną od kości tylno górną część przewodu słuchowego chrząstkowego (wzgl. skórnego). Przez przedni obwód przewodu słuchowego kostnego prowadzimy ku górze w myśli linię pionową, której przebieg stanowi styczną do kolistego otworu przewodu; linię tę możemy sobie zazna-



Rys. 4.



Rys. 5.

Sposób ten jest technicznie trudniejszy i wskazany być może, w czem zgadzam się z Ostmannem, chyba w przypadkach znacznej wązkości wyrostka sutkowego i położenia zatoki esowatej bardziej ku przodowi, oraz znacznego stwardnienia kości.

Opisane sposoby, czyniąc zadość ostatecznemu celowi zabiegu doszczętnego, mają tę niedogodną stronę, że zmuszają do operowania w miejscu, gdzie grozić może uszkodzenie nerwu twarzowego, w warunkach trudnego i ciasnego dostępu (Stacke), albo w już zmienionych przez dłutowanie i utrudniających oryentowanie się warunkach topograficznych (Zaufal).

Pomimo coraz bardziej rozpowszechnionych pomiędzy chirurgami i otyatrami wiadomości anatomicznych, pomimo ścisłego trzymania się przepisu, że na wyrostku sutkowym operować powinien tylko ten, kto dokładnie praktycznie poznał topografię na zwłokach i szereg operacyi na zwłokach wykonał, — spotykamy się z tem tak ciężko kaleczącem powikłaniem wciąż, nawet w najbardziej fachowo prowadzonych klinikach specyalnych. Charakterystyczne są tu liczby podane przez Körnera z jego kliniki. Na 643 operacyi na wyrostku sutkowym zdarzyło się uszkodzenie nerwu i jego

czyć lekkiem zazębieniem kości dłutem. Jest to przednia granica. Za górną granicę uważamy linię skroniową lub, o ile jej na kości nie znać, zaznaczamy na kości ku tyłowi poziome przedłużenie górnego brzegu nasady wyrostka jarzmowego. Tylna granica pozostaje ta sama, co i w przypadkach ostrych — otwierania samej jamy sutkowej (antrum). Dlatego położenia jej określić nie można, — zależy ono od zewnętrznego kształtu wyrostka, jego szerokości i w związku z tem będącego przypuszczalnego położenia zatoki esowatej. Zazwyczaj leży ona o $1-1^1/_2$ cm poza tylnym obwodem przewodu słuchowego kostnego (patrz wyżej). Naprzód idziemy ku jamie sutkowej. Po otworzeniu jamy sutkowej wprowadzamy przez wejście do jamy (aditus) do uchyłka nadbębenkowego zgłębnik zagięty (rys. 7) i całą zewnętrzną ścianę wejścia do jamy sutkowej i uchyłka nadbębenkowego w granicach od zewnątrz zaznaczonych zdejmujemy stopniowo dłutem, zaokrąglając naturalnie kąt pomiędzy pionowo się przecinającemi liniami granicznemi przednią i górną. O ile w zakresie przedniej linii prowadzimy dłuto pionowo w głąb, o tyle od górnej granicy odchylamy się w miarę posuwania się w głąb cokolwiek na dół, aby bez potrzeby nie odsłonić opony twardej

średniego dołu czaszkowego, opuszczającego się dość często poniżej linii skroniowej. Przy lekko skośnem ku dołowi położeniu dłuta nie uszkodzimy opony, ponieważ kierunek taki wypadnie zawsze stycznie ku wypukłości opony i pozwoli jej cofnąć się od urazu dłutem.

Teraz zaczyna ważną rolę odgrywać »kolec nad przewodem«, wzgl. jego punkt środkowy, jako odpowiadający ściśle położeniu nerwu twarzowego.

Otóż przy przejściu od otworu, wiodącego do jamy sutkowej, do zdejmowania zewnętrznej ściany wejścia do jamy (aditus) i uchyłka nadbębenkowego (atticus) od początku nigdy nie schodzimy niżej »kolca nad przewodem« i na jego poziomie prowadzimy dłuto pionowo w głąb ku dnu wejścia do jamy (aditus).

Po zdjęciu w opisanych granicach warstw powierzchownych kości i posuwając się dalej w głąb przez stonych sposobach operowania, że jej krawędź zewnętrzną stanowi dotychczas nietknięty pasek warstwy korowej wyrostka wzgl. tylnej ściany przewodu słuchowego aż do *spina supra meatum*. Dopiero teraz dla zniszczenia podziału jamy kostnej na przednią t. j. przewód słuchowy i tylną t. j. otwór ku antrum, zaczynamy uderzeniami dłuta, skierowanemi silnie skośnie ku górze znosić tę ostrogę, bacząc, by idąc w głąb i ku górze nie uszkodzić nerwu twarzowego. Teraz jest to już łatwiejsze, niż poprzednio, ponieważ: 1) cienkość tej ostrogi pozwala na bardzo lekkie uderzenia młotka o dłuto, co wyłącza posunięcie się dłuta dalej niżbyśmy chcieli; 2) kierunek uderzeń dłuta staje się prawie stycznym do kanału nerwu twarzowego, a więc znów takim, przy którym może wprawdzie nastąpić otwarcie kanału i odsłonięcie nerwu, ale nie przecięcie go poprzeczne. Naturalnie nie mówię tu o tych rzadkich niepra-



Rys. 6. Kość skroniowa lewa. Zaznaczone na niej: linia skroniowa i linia pionowa, styczna z przednim obwodem przewodu słuchowego kostnego. Zaznaczony również przystosowany do tych linii kontur dłutowania wyrostka.



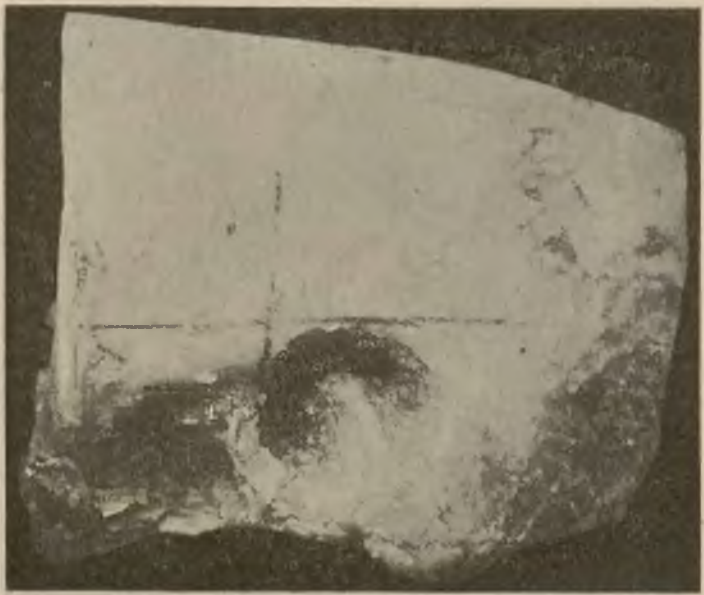
Rys. 7. Kość skroniowa lewa. Do otwartej jamy sutkowej wprowadzony zagięty zgłębnik, idący przez wejście do jamy (aditus) do uchyłka nadbębenkowego (atticus). Koniec zgłębnika widoczny w przewodzie słuchowym kostnym.

pniowe wbijanie dłuta coraz głębiej naokoło zakreślonego terenu i kierując dłuto, jak podano wyżej, przy ostrożnej próbie wyważania dłutem otrzymujemy nagłe uruchomienie się bloku kostnego, stanowiącego całą zewnętrzną ścianę wejścia do jamy sutkowej (aditus) i uchyłka nadbębenkowego (atticus). O tem, że cała ściana jest wyjęta, przekonywamy się przez udaną próbę wyjęcia dotychczas leżącego zgłębnika bez wyciągania go ku tyłowi, a tylko przez wyjęcie wprost ku zewnątrz. W ten sposób uzyskujemy odrazu szerokie połączenie pomiędzy jamą sutkową i uchyłkiem nadbębenkowym względnie jamą bębenkową bez dotykania się miejsca, gdzie może grozić uszkodzenie nerwu twarzowego. Już z tak uzyskanego dostępu możemy usunąć kostki słuchowe, a więc najczęściej najpierw kowadełko i zaraz po niem młotek, o ile są zachowane.

Przy tym sposobie operowania bardzo wybitnie zaznacza się ta przegroda kostna pomiędzy jamą, wiodącą do jamy sutkowej i przewodem słuchowym kostnym (rys. 8), którą nazwiemy »ostrogą« (»Sporn« autorów niemieckich). Jest ona tu o tyle wyższa od ostrogi, powstającej przy in-widłowych położeniach nerwu twarzowego, przy których przebiega on nie jak zwykle pionowo w dół od kolanka zewnętrznego ku otworowi rylcowo-sutkowemu (for. stylomastoideum), w płaszczyźnie odpowiadającej błonie bębenkowej, ale bardziej ku zewnątrz, tworząc lekko łukowate wygięcie. W przypadkach prawidłowego położenia nerwu wogóle nie dosięgniemy go przy tem postępowaniu, o ile nie posuniemy się głębiej, poza zewnętrzny brzeg dolnej ściany wejścia do jamy (aditus ad antrum), widoczny w głębi rany. Zniesienie wspomnianej ostrogi, tak, by powstała z dwóch jam jedna i otworzenie prócz jamy sutkowej innych komórek całego wyrostka sutkowego z zamianą na jedną jamę o gładkich ścianach, oraz wygładzenie pozostających gdzieniegdzie nierówności — stanowi zakończenie właściwej operacyi kostnej, po której jeszcze ostrą łyżeczką oczyszczamy z ziarniny jamę bębenkową i jamę sutkową, i usuwamy resztki. błony bębenkowej. W głębi jamy po dokładnem osuszeniu udaje się teraz często widzieć okienko owalne (foramen ovale) wzgl. szczelinę — zagłębienie — w śluzówce, ku niemu wiodącą wraz z znajdującem się w niej strzemionkiem; dalej ku tyłowi i wyżej — niekiedy cokolwiek bielszą od otaczającej kości wyniosłość zewnę-

trznego kanału półkolistego. (rys. 9). Strzemionko naturalnie, o ile samo nie wypadło, pozostawiamy nietknięte.

W przypadku perlaka mogą stosunki anatomiczne uledz bardzo wybitnej zmianie przez zniszczenie kości, co z jednej strony ułatwia operacyę, ponieważ zamiast dłuta możemy używać tylko łyżeczki, z drugiej strony zaciera stosunki topograficzne tak, że tylko ostrożność, nieużywanie siły i pewna zdolność do oryentowania się przestrzennego uchroni od uszkodzeń opony, zatoki i nerwu. Ułatwienie zabiegu bywa nieraz tak znaczne, że po zbiciu powierzchownej warstwy kostnej zastajemy jamę o kształcie mniej więcej kulistym — wskutek równomiernego szerzenia się perlaka we wszystkich kierunkach — jamę, odpowiadającą zupełnie wymaganiom, stawianym zabiegowi doszczętnemu, a więc zastajemy jakby już wykonany przez samą sprawę chorobową zabieg doszczętny; rozpoczynamy wtedy zabieg

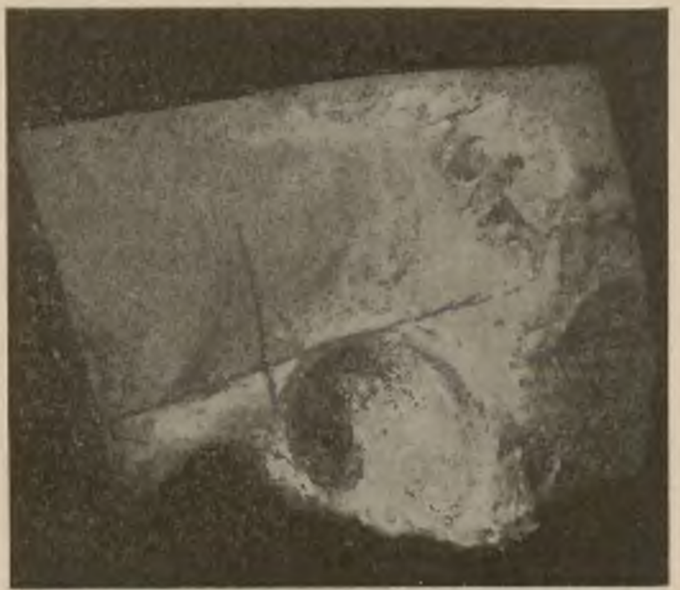


Rys. 8. Kość skroniowa lewa. Jama sutkowa otwarta; zdłutowane zewnętrzne ściany wejścia do jamy (aditus ad antrum) i uchyłka nadbębenkowego (atticus) z pozostawieniem ostrogi.

od zdłutowania zewnętrznej, często już również przeżartej blaszki kostnej, i zakończamy usunięciem perlaka łyżeczką. Niekiedy natomiast wytwarza perlak przy szerzeniu się jamę o nieprawidłowych kształtach i rozgałęzieniach. W tych razach niepodobna nieraz przeistoczyć terenu zajętego przez perlak w jamę kulistą o gładkich ścianach i wypada ograniczyć się do wyczyszczenia łyżką poszczególnych zatok i uchyłków.

Konieczność liczenia się zawsze z możliwością operacyjnego uszkodzenia nerwu twarzowego przy operacyach na wyrostku sutkowym była przyczyną, iż usiłowałem oprócz powyższej zapobiegawczej opracować jeszcze taką metodę postępowania, którąby możliwie najlepiej już powstałemu uszkodzeniu zaradziła.

Dotychczasowe przypadki uszkodzenia nerwu twarzowego przy operacyach usznych, jak wogóle w obrębie wyrostka sutkowego, o ile były poddawane leczeniu, leczono zapomocą wszczepiania obwodowego końca n. twarzowego w n. podjęzykowy (n. hypoglossus), albo dodatkowy (n. accessorius Willisii), jako w nerwy wyłącznie ruchowe i dające się tu użyć dzięki blizkiemu sąsiedztwu. Postępowano w ten sposób, że albo obwodowy koniec nerwu twarzowego wszczepiano bocznie w nerwy wyżej wymienione, albo też nerwy te przecinano i zeszywano koniec przyśrodkowy przeciętego nerwu z obwodowym końcem n. twarzowego. Całe, obecnie już obfite piśmiennictwo tej sprawy znajdujemy w pracy japońskich autorów Ito i Soyesima. Wyników na ogół nie można nazwać zadawalającymi. Do operacyi przeszczepiania nerwu przystępuje się późno, w dłuższy czas po uszkodzeniu nerwu, a więc w czasie, kiedy obwodowy koniec nerwu twarzowego uległ zwyrodnieniu, a zaopatrywane przezeń mięśnie zanikowi, i kiedy stanowi on po zeszyciu tylko drogowskaz dla wrastania włókien nerwu zdrowego, z nim zeszytego. Powrót czynności następuje wskutek tego albo późno, niekiedy nawet po 6 miesiącach i dłużej, albo nie następuje wcale. Dalej przy bocznych wszczepieniach występują w razie zapotrzebowania



Rys. 9. Kość skroniowa lewa. Operacya doszczętna wykończona na kości przez zdjęcie dłutem ostrogi i komórek wyrostka sutkowego w kierunku ku cyplowi.

ruchu mięśni twarzy współruchy w okolicy, unerwionej normalnie przez nerw do szczepienia użyty (język — przy n. podjęzykowym, m. kapturowy i mostkowo-obojczykowo-sutkowy przy n. dodatkowym). Wreszcie po zupełnem przecięciu nerwów użytych do przeszczepienia występują porażenia ruchowe połowy języka i wspomnianych mięśni szyi i karku, co prawda nie mające większego znaczenia.

Przy szwie nerwów dotychczas najlepsze wyniki osiągnięto przez bezpośredni szew nerwu przeciętego możliwie rychło po uszkodzeniu. Wzgląd ten sprawił, iż podjąłem usiłowania, by dowieść możliwości bezpośredniego szwu n. twarzowego w miejscu uszkodzenia — w kanale Fallopiusza.

Do osiągnięcia tego celu są konieczne: odpowiednia do szwu grubość nerwu, odpowiednie udostępnienie uszkodzonego miejsca i właściwe instrumentaryum.

Co do grubości nerwu twarzowego wiemy, że po wyjściu z otworu rylcowo-sutkowego (for. stylo-mastoideum) przedstawia on pień, nadający się zupełnie dobrze do szwu. Zupełnie tę samą grubość (1 mm i więcej) ma on w kanale. Jest to grubość wystarczająca do założenia szwu. Możnaby nawet powiedzieć, że wobec tej grubości dziwnem

poniekąd wydaje się częste kaleczenie tego nerwu, ponieważ zobaczyć, że dochodzimy do sznura tej grubości, wyglądającego bardzo charakterystycznie, jest wcale nie trudno, — naturalnie przy dobrem oświetleniu dna rany i dobrem osuszeniu z krwi — i to począwszy od miejsca, gdzie on wychodzi z pod kanału półkolistego zewnętrznego. Dalej pod dnem wejścia do jamy sutkowej (aditus ad antrum) tworzy ten nerw »kolanko zewnętrzne« i opuszcza się zwykle pionowo w dół. Na tej przestrzeni da się on również wszędzie obnażyć i zobaczyć aż do otworu rylcowo-sutkowego (for. stylo-mastoideum).

Najczęstszem miejscem uszkodzenia jest właśnie odcinek nerwu, położony pod dnem wejścia do jamy sutkowej (aditus ad antrum), w kolanie kanału. Uszkodzenie zdarza się również poniżej na przestrzeni wyżej wspomnianej. Drugiem z częstych miejsc uszkodzenia jest okolica otworu rylcowo-sutkowego. Uszkodzenie zdarza się tu w tych razach, kiedy się oddłutowuje dolny cypel wyrostka sutkowego i rysa w kości wywołana dłutem, sięgnie ponad podstawę cypla i przejdzie przez kanał powyżej jego dolnego końca.

Co do udostępnienia uszkodzonego miejsca nerwu, to moje próby na świeżych kościach skroniowych, zawierających nerw twarzowy w kanale, dowiodły, że potrzeba do tego zdłutować przednio-dolną połowę cypla wyrostka sutkowego oraz tylną połowę dolnej ściany przewodu słuchowego kostnego. Za daleko ku przodowi tu posuwać się nie należy, aby nie otworzyć stawu żuchwowego. W każdym razie wystarcza tu takie zdłutowanie dolnej ściany, jakie się wykonuje celem udostępnienia uchyłka podbębenkowego (recessus hypotympanicus) (Kretschmann przyt. u Gerbera), a nawet mniejsze, gdyż chodzi tu tylko o jak najszersze ukształtowanie wejścia do lejka kostnego, aby umożliwić dość delikatny zabieg w jego głębi. Zdłutowywania kości nie należy posuwać zbyt głęboko, aby przypadkowo raz jeszcze nie uszkodzić nerwu twarzowego. Po udostępnieniu miejsca, gdzie nerw twarzowy został uszkodzony, należy na przestrzeni około $^1/_2$ cm w górę i w dół wyosobnić jego końce z kanału.

Wielkie ułatwienie stanowi tu ta okoliczność, że szew na nerw twarzowy wypadnie nakładać w parę dni po pierwszej operacyi, a więc wtedy, kiedy kość już znacznie mniej krwawi, wskutek zakrzepów w drobnych naczyniach kostnych, powstałych pod tamponadą rany.

Po udostępnieniu końców przeciętego nerwu następuje szew. Do szwu zalecam i w próbach moich używałem cienkiego jedwabiu, ponieważ katgut nie bywa dość cienki i nie daje się nawlec do odpowiednich igieł. Igieł należy używać takich samych, jak te, które Stich podał do szwu naczyniowego. Są to igły bardzo małe, t. zw. tępe, t. j. o przekroju okrągłym, mocno wygięte, mające uszka zwykłe, a nie karabinowe. Małe imadło Sticha lub małe o wązkich chwytach imadło prof. Kadera służą do prowadzenia igły. Małe szczypczyki zębate, choćby takie jak niezakrzywione szczypczyki okulistów do tęczówki (Iris-pincette), do trzymania końców nerwu przy szwie. Rys. 10 i 11 przedstawiają fotografię preparatu z nerwem twarzowym przeciętym w okolicy kolana zewnętrznego i zeszytym. Na rys. 10 widać jak końce nerwu twarzowego są z kanału kostnego wypreparowane i przez nie przewleczona jest nitka (dla wyraźnego obrazu użyłem nitki czarnej). Rys. 11 przedstawia końce tegoż nerwu zbliżone przez zawiązanie nitki. Co do samego typu szwu nerwowego, to naturalnie warunki dopuszczają tu tylko jeden typ, mianowicie bezpośrednie przekłucie końców. O którymkolwiek ze stosowanych do szwu



Rys. 10.



Rys. 11.

Kość skroniowa prawa po operacyi doszczętnej. W głębi rany kostnej widać przecięty nerw twarzowy. Na rys. 10 jest on wzięty na szew; na rys. 11 — szew jest zawiązany.

nerwowego innych sposobów, jak to szwie otoczkowym, okołonerwowym tu mowy być nie może. Zresztą przy stosowaniu igły »tępej« kaleczenie włókien nerwowych w pniu przekłuwanym sprowadza się do minimum — włókna rozsuwają się przed igłą. Przyleganie powierzchni przekroju nerwu do siebie po szwie zapewnia ten sposób w stopniu dostatecznym.

Pomysł mój bezpośredniego szwu nerwu twarzowego i wypróbowanie go na zwłokach odnosi się do jesieni roku 1908; od tego czasu w klinice krakowskiej nie zdarzyło się ani razu operacyjne uszkodzenie tego nerwu przy zabiegu na wyrostku sutkowym, któreby mi pozwoliło zastosować szew na chorym. Myśl ta widocznie jednak zajmowała innych chirurgów, gdyż w maju 1909 ogłoszony został przez Sydenhama przypadek operowany w podobny sposób z wynikiem pomyślnym. Sydenham, podkreślając swoje pierwszeństwo, podaje, że dokonał połączenia nerwu twarzowego. uszkodzonego przy operacyi usznej, bezpośrednio w miejscu uszkodzenia; ponieważ końce nerwu nie dały się zupełnie zbliżyć wskutek zniszczenia, połączył je kawałkiem silkwormu, włożonego do kanału nerwu twarzowego pomiędzy końce. Wynik dobry. Sydenham podaje, że szew podjął w miejscu uszkodzenia, a nie zapomocą łączenia z sąsiednimi nerwami, aby nie wywoływać dodatkowej, szpecącej blizny na szyi.

Po Sydenhamie ogłosił w czerwcu tegoż roku Marsh 2 przypadki również operowane w podobny sposób. Marshowi udał się szew końców za pomocą katgutu chromowego. Wynik dobry. W ten sposób została dowiedziona wykonalność na chorym szwu nerwu, przezemnie na zwłokach opracowanego. Na trzy wypadki — trzy powodzenia.

Chcę tu jeszcze podnieść, że za najodpowiedniejszą chwilę do operacyi uważam trzecią lub czwartą dobę po operacyi pierwszej. Objawy porażenia już są wtedy wyraźne i pewne, a jama kostna pooperacyjna nie krwawi i nie ma jeszcze na jej powierzchni warstwy ziarniny, którąby trzeba zeskrobać i wywołać krwawienie.

Nie polecam tego szwu nerwowego dla przypadków, gdzie zniszczenie nerwu twarzowego i jego porażenie wystąpiły wskutek sprawy chorobowej przed operacyą uszną. Niemożność ścisłego określenia, gdzie znajduje się uszkodzenie jest powodem tego zastrzeżenia. Dla tych przypadków nadal pozostanie wszczepianie do nerwów sąsiednich.

Przechodzę do opisu postępowania, stosowanego w naszej klinice w przypadkach przewlekłych zaniedbanych. Zabieg operacyjny w tych przypadkach przedstawia się następująco.

Cięcie zwykłe płatowe, odsłonięcie całego wyrostka. Trepanacya jamy sutkowej (antrum). Już tu niekiedy nastąpi odsłonięcie ściany zatoki esowatej i możność obejrzenia jej. Dalej, jak przy operacyi doszczętnej, zdejmujemy sposobem wyżej opisanym zewnętrzną ścianę wejścia do jamy sutkowej (aditus ad antrum) i uchyłka nadbębenkowego (atticus) i tu, posuwając się ku górze, ku linii skroniowej, obnażamy oponę twardą ponad stropem jamy bębenkowej (tegmen tympani) i ocenić możemy jej stan. Po wykonaniu aktów, wchodzących do planu zabiegu doszczętnego, przystępujemy do dokładniejszego zbadania stanu opony twardej i ściany zatoki przez stopniowe usuwanie pokrywających je warstewek kostnych, dłutem lub zapomocą kleszczy kostnych Lucra.

Dłuta lepiej tu jednak unikać, aby nie wpędzić odłamka kostnego pomiędzy kość i oponę twardą, co jak poucza przypadek, opisany przez Heinego, może prowadzić do przedziurawienia opony zakażonym odłamkiem i śmiertelnego rozlanego zapalenia opon. Dalej wstrząśnienie przy robocie dłutem w bezpośredniem sąsiedztwie zmienionej chorobowo zatoki lub opony może wywołać rozszerzenie się sprawy przez naruszenie już powstałych, ale kruchych granic ropnia, względnie przez uruchomienie części skrzepu. Przy odsłanianiu opony twardej o istnieniu ropnia zewnątrzoponowego przekonywamy się bezpośrednio: po zdjęciu ostatniej pokrywającej ją blaszki kostnej ukazuje się ropa. Zdjęcie kostnego pokrycia ropnia o ile możności najdalej we wszystkich kierunkach i tamponada kończą zabieg, o ile uznamy, że sprawa ropna nie poszła głębiej, pod oponę lub nawet do mózgu.

Stajemy przed zagadnieniem, często trudnem do rozstrzygnięcia, ponieważ ropnie mózgowe płatu skroniowego przeważnie nie dają objawów, a zwłaszcza objawów ogniskowych. Na razie musimy się więc przy zabiegu kierować głównie objawem, podanym przez Bergmanna: stanem opony twardej. O ile opona mózgowa stanowi tylko ścianę ropnia zewnątrzoponowego, to jej zabarwienie nie ulega wybitniejszej zmianie, chyba tylko pokrywająca ją ziarnina nadaje jej właściwe cechy. Natomiast w razie obecności ropnia pod oponą lub w mózgu zabarwienie opony zmienia się, staje się szaro-czarnem lub szaro-zielonem. Niekiedy rozpoznanie ropnia wewnątrzoponowego ułatwia istnienie przetoki w oponie, z której wypływa ropa. Wiemy jednak że nawet w razie braku widocznych zmian w oponie, może istnieć ropień zarówno wewnątrzoponowy jak i mózgowy. Dopiero dalsze spostrzeganie przypadku, w którym doszło na razie do odsłonięcia zdrowej opony, może o tem przekonać. Wykraczałoby po za ramy tej pracy przytaczanie zarówno symptomatologii, jak dalszego postępowania operacyjnego w tych przypadkach. Co do ropni zewnątrzoponowych w okolicy zatoki esowatej (abscessus perisinuosus), to odszukanie ich trudności nie przedstawia, ponieważ dążąc ku zatoce łatwo na nie trafić. Wiodą one przez zniszczenie kości niekiedy do tego, że zatoka jest odsłoniętą już w chwili otwarcia jamy ropnej w wyrostku sutkowym, jamy dużej, powstałej ze zlania się jamy sutkowej i komórek. Do jamy takiej dochodzimy już po zdłutowaniu powierzchownej warstwy kości wyrostka sutkowego. Tylną ścianę takiej jamy, miękką i podatną, stanowi opona twarda obnażona w okolicy zatoki, a nawet przed nią i poza nią. Ścisłe określenie przebiegu samej zatoki na odsłoniętym odcinku opony może niekiedy stanowić nawet trudność. Do obnażenia zatoki esowatej dojdziemy przeważnie zapomocą warstwowego usuwania pokrywającej ją kości i po obnażeniu przekonywamy się o obecności lub braku ropnia okołozatokowego (w rowku esowatym — sulcus sigmoideus). Ropień taki należy jaknajszerzej odsłonić i tu także stan opony będzie ważnym przy ocenie, czy prócz ropnia zewnątrzoponowego niema głębiej wewnątrzoponowo lub nawet w móżdżku, zbiornika ropy.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

Oddzielnie omówić chciałbym z jednej strony wyniki doświadczeń nad tętnem przyspieszonem, z drugiej strony nad tętnem zwolnionem.

Z 37 przyspieszeń tętna (86 do 126), spostrzeganych w ciepłotach od 23⁰ do 30 R., można zauważyć, że stosują się do nich te same prawidła, co i do tętna prawidłowego. Jedynie zwolnienie tętna, występujące przy kąpieli zimnej, jest większe, niż średnie wogóle przy kąpieli zimnej spostrzegane, a przyspieszenie mniejsze, niż spostrzegana średnia. 16 spostrzeganych zwolnień tętna (54 do 65) zachowuje się dość nie równomiernie, tak, że nie mogłem sobie wyrobić zdania co do sposobu oddziaływania: typ oddziaływania bywał przeważnie taki sam, choć wahania stosunkowo mniejsze niż średnie, poprzednio otrzymane dla wszystkich chorych. Zbyt mało mamy tutaj doświadczeń, aby wypowiedzieć zdanie, odnoszę jednak wrażenie, że obniżenie przy chłodnych kąpielach następuje trudniej, a przyspieszenie przy gorętszych nie jest tak wyraźne. Nim przejdę do omawiania poszczególnych wyników, chciałbym zaznaczyć, że i teraz w liczbie oddechów nie znalazłem zmiany wyraźniejszej, natomiast pogłębienie oddychania jest bardzo znamienną i często spostrzeganą cechą, występującą podczas kąpieli.

Zajmująco przedstawia się strona kliniczna mych doświadczeń; chciałem bowiem wyzyskać stosowane kąpiele i stwierdzić tak ogólnie przyjmowany wpływ ich na serce kąpielami, stosowanemi w warunkach klinicznych, przy dyecie pożywnej białej i usunięciu lekarstw.

Materyał mój składał się z 14 chorych, w czem główną część stanowią wady zastawkowe (12 chorych); dalej należy tu jedna chora z chorobą Basedowa i zapaleniem przewlekłem mięśnia sercowego i jeden chory z przewlekłem zapaleniem nerek. Przechodzę odrazu do omawiania poszczególnych przypadków, podając historyę choroby i w krótkości spostrzeżenia, z zestawienia mych doświadczeń wynikające.

Niedomykalność zastawki dwudzielnej stwierdziłem u 5 chorych:

I. T. S. lat 19, uczeń gimnazyalny, chory przychodni. W dziecięctwie przechodził ospę, odrę, płonicę, często chorował na zapalenie gardła. Kołatania serca od trzech lat po zmęczeniu, jakoteż kłucia w okolicy koniuszka. Od roku ciążenie w dołku.

Stan obecny: Za uchem lewem podłużne blizny pooperacyjne. Łopatka lewa niżej ustawiona (od czasu operacyi). W szczytach zmian nie ma, uderzenie końca serca macalne w V. międzyżebrzu na wewnątrz od l. sutkowej lewej. Stłumienie serca: od l. mostkowej lewej do górnego brzegu IV. żebra, jeden palec na wewnątrz od l. sutkowej lewej. Szmer skurczowy piłujący nad końcem. Drugi ton nad płucną zaakcentowany; tętno 74 równe, miarowe. Wątroba jedynie w linii środkowej macalna trzy palce nad pępkiem. Odruchy wzmożone, mocz bez zmian. Plwocina nie zawiera komórek barwikonośnych.

Rozpoznanie: Insufficientia valvulae mitralis.

TABLICA VIII.



Kardyogram chorego A. P. 3/V. zdjęty przed, podczas i po kąpieli 30⁰ R. sztucznej. Kardyogram zdejmowany co dwie minuty równocześnie z chronometrem. Liczba tętna znaczona powyżej, wysokość kardyogramowej fali poniżej krzywej ($^1/_2$ naturalnej wielkości).

Od dnia 5. IV. do 19. IV. zastosowano 10 kąpieli gazowych o ciepłocie od 23⁰ do 30⁰ R. 20. IV. Po 10 kąpielach bicia serca niema, bóle głowy ustąpiły, kaszel mniejszy. Bóle kłujące w rozmaitych miejscach klatki piersiowej niepokoją chorego. Stan obecny: Słabe drżenie skurczowe wyczuwalne. Serce jak poprzednio, wątroba w dołku podsercowym nie macalna, w lewej sutkowej nieco macalna.

3. V. Chory czuje się lepiej, bicia serca nie występują, kłucia słabsze. Stan przedmiotowy bez zmian.

Obserwacye poszczególnych kąpieli wykazują co następuje: Ciśnienie palpacyjne przed kąpielą waha się między 130 a 155 cm. sł. wody, liczba tętna utrzymuje się zazwyczaj około 70, wahając się w granicach 62 do 92. Działanie kąpieli na ciśnienie, jak również na tętno, nie odbiega od stwierdzonych uprzednio wyników.

II. L. dziennika 223, l. łóżka 15. R. K. l. 40 wolna, wyrobnica.

12. IV. Prócz ropienia gruczołów szyjnych i pachwinowych, jakoteż ropienia w stawie kolanowym lewym żadnych chorób nie przebywała. W 19 roku życia odjęto chorej kończynę dolną lewą z powodu ropienia w stawie kolanowym po półtorarocznem trwaniu tej choroby. Już wtedy pojawiały się kołatania serca. Od 4 lat występują one znacznie częściej samoistnie, zjawiała się napadowa duszność, bóle tępe w boku lewym, bóle kłujące w okolicy końca serca, ściskające u podstawy, tępe w podsercowym dołku. Nogi nie brzękły.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie nieznacznie podupadłe. Kikut kończyny lewej, odjętej powyżej kolana.

Wargi nieco blade. Narząd oddechowy zmian nie okazuje. Okolica serca nieznacznie wypuklona. Uderzenie koniuszkowe w linii pachowej przedniej w II. międzyżebrzu na większej przestrzeni, unoszące. Wymiary opukowe serca od l. mostkowej lewej, III. żebra do linii pachowej przedniej lewej. Głośny, długi, piłujący szmer skurczowy, najgłośniejszy nieco na wewnątrz od uderzenia koniuszkowego. Ton drugi nad tętnicą płucną zaakcentowany. Liczba tętna 80 do 88, od czasu do czasu tylko przerywane. W narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdzono. Badanie moczu zmian żadnych nie wykrywa. Ilość moczu waha się między 800 a 1.000 cm.³ w 5 pierwszych dniach pobytu w Klinice.

Rozpoznanie kliniczne: Insufficientia valvulae mitralis.

Od 13. IV. do 29. IV. zastosowano 10 kąpieli gazowych sztucznych trwających po 10 minut o ciepłocie od 23° do 30° R., powoli wzrastającej. Łóżko. Dyeta biała mięszana.

1. V. Przedmiotowo znaczna poprawa, objawy sercowe wszystkie zmniejszyły się tak co do częstości, jak i natężenia, nie znikły jednak zupełnie. Bóle tępe w boku prawym ustąpiły. Sił więcej. Przedmiotowo wymiary serca bez zmian. Drżenie skurczowe obecnie wyczuwalne. Drugi ton nad tętnicą płucną silnie zaakcentowany. Tętno rzadziej przepuszczające. Waga ciała przez miesiąc podniosła się z 44 na 46 kg.

Obserwacya przed kąpielą wykazała ciśnienie palpacyjne stale dość wysokie, między 160 a 180 cm. sł. wody, liczba tętna zazwyczaj powyżej 80, między 76 a 100. Obserwacya liczby tętna i ciśnienia w kąpieli, nie odbiega od ogólnej zasady. Obniżenie w liczbie tętna jest dość znaczne, jak u ludzi zdrowych.

III. L. dz. 251. L. 13. M. S. lat 56, żona strażnika, 10 razy rodziła. Od dawnych lat bicie serca po zmęczeniu. Przed rokiem wystąpiła duszność z powiększeniem się brzucha i obrzękami nóg, podobnież przed pół rokiem; objawy te ustępowały po zapisanem lekarstwie. Przed czterema tygodniami kłucie w boku prawym z plwociną obfitą i kaszlem; kłucie to utrzymuje się dotychczas. Obecnie skarży się chora na bicie serca, występujące także w spokoju, bóle kłujące w okolicy końca serca i ściskanie w środkowej części klatki piersiowej, ciążący ból w dołku podsercowym przy chodzeniu; mocz oddaje chora co godzinę.

Stan obecny: prawy płat gruczołu tarczowego powiększony. Żyły nie napełnione. Odgłos opukowy od kąta prawej łopatki w dół nieco krótszy, tamże słyszalne tarcie opłucne średniej grubości. Granica na XI żebrze mniej ruchoma. Uderzenie końca serca widzialne w VI międzyżebrzu, pół palca na zewnątrz od l. sutkowej lewej, niezbyt wyraźne, macalne. Wymiary opukowe serca: od przyczepu VI żebra po stronie prawej mostka, dolnego brzegu V żebra, przekraczające l. sutkową lewą. Cichy podmuch skurczowy, słyszalny nieco lepiej powyżej końca i gdy chora siedzi. Drugi ton nad tętnicą płucną nieco lepiej słyszalny. Tętno nierówne, niemiarowe, nitkowate, liczba uderzeń 66.

Wątroba niemacalna, stłumienie jej sięga w linii środkowej ciała 2 palce powyżej pępka. Zmian w innych narządach nie spostrzeżono. Mocz prawidłowy; ilość dzienna 800 cm.

Rozpoznanie. Insufficientia valvulae mitralis. Myocarditis. Pleuritis sicca dextra.

Od d. 23. IV. do 11. V. zastosowano 10 kąpiel o ciepłocie 28° do 30 R.

16. V. po kąpielach sił więcej, bóle głowy ustąpiły, kłucie w boku prawym również. Kołatanie serca i duszność mniejsza. Mocz oddaje chora rzadziej. Ciepłota prawidłowa.

Stan obecny: Odgłos opukowy po stronie prawej w dole wyjawniał, tarcia brak, szmery pokryte przez gwizdy, furczenia i rzężenia suche; po lewej szmery zaostrzone. Uderzenie koniuszkowe bez zmian: stłumienie na prawo do l. mostkowej lewej. Podmuch skurczowy wyraźniejszy. Zaakcentowanie 2-go tonu nad tętnicą płucną. Wątroba nie macalna.

Obserwacya wśród kąpieli wykazuje ciśnienia palpacyjne nizkie, około 100 mm. sł. rtęci; ciśnienie obniża się podczas kąpieli, choć nieznacznie, (doświadczenia, wykonane przyrządem Straussa). Tętno około 80, nierówne i niemiarowe. (W przypadku tym stosowałem kąpiele ciepłe z powodu obawy, aby zimna kąpiel nie wywołała zaostrzenia sprawy zapalnej na opłucnej. W czasie bowiem mych doświadczeń stosowałem u jednej chorej ze zmianami na zastawkach tętnicy głównej i zmianami opłucnej (pleuritis sicca), najprawdopodobniej gruźliczemi, dwie kąpiele chłodne ze znacznem pogorszeniem stanu zdrowia. U M. S. zejście zapalenia opłucnej było zupełnie pomyślne).

IV. L. dz. 221. L. 13. W. F. lat 50, wdowa, bez zajęcia. Mąż przebył kiłę; chora poroniła w trzecim miesiącu ciąży. Przed ośmiu laty gościec stawowy. Od tego czasu miewa chora kołatanie serca. Od czterech lat przy większem chodzeniu obrzmiewają stopy. Przed pięciu miesiącami dwukrotny pobyt w szpitalu z powodu obrzęku nóg i brzucha. Obecnie skarży się chora na kaszel, z obfitą plwociną, kołatanie serca, niezbyt silne, samoistne i po zmęczeniu, na bóle kłujące w okolicy końca serca, rznące i ściskanie u podstawy serca. Stolec zaparty.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie podupadłe. Wargi sine. Gruczoły szyjne nieco powiększone. Szczyt prawy niżej ustawiony, wdech tamże zaostrzony, wydech słyszalny. Po stronie lewej z tyłu w dole granica płuc mniej ruchoma. Szmery oddechowe zaostrzone, furczenia i gwizdy. Uderzenie koniuszkowe w VI. międzyżebrzu na 1 palec na zewnątrz od l. sutkowej lewej widzialne, niezbyt znacznie unoszące. Wymiary opukowe serca od l. sutkowej lewej, 4 żebra do l. mostkowej lewej, którą nieco przekracza. Cichy szmer skurczowy nad końcem serca, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany. Tętno około 76, nierówne, niemiarowe. Wątroba na 2 palce niżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej, na 2 palce powyżej pępka w linii środkowej ciała. Śledziona pod łukiem macalna. Mocz bez zmian.

Rozpoznanie: Insufficientia valvulae mitralis. Myocarditis. Induratio apicis pulmonis dextri.

Od dnia 6. IV. do 20. IV. stosowano 10 kąpieli gazowych o ciepłocie od 24° do 30° R.

22. IV. po 10 kąpielach osłabienie mniejsze, bóle głowy ustąpiły. Kaszel zmniejszył się znacznie, ale przedwczoraj powrócił. Bicia serca i duszność ustąpiły. Jedynie bóle kłujące utrzymują się. Stolec zaparty.

Przedmiotowo: Ślad sinicy na wargach. Szmery oddechowe zaostrzone. Tętno bez zmiany. Wymiary opukowe serca na prawo nieznacznie węższe. Szmer skurczowy wybitniejszy. Wątroba wyczuwalna na pół palca poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej. Śledziona równo z łukiem.

2. V. stan bez zmiany. Chora opuszcza klinikę. Waga ciała podniosła się o 2 kilogr.

Ciśnienie palpacyjne wahało się między 132 a 150 cm. sł. wody, liczba tętna między 70 a 92 uderzeń na minutę, tętno było bardzo nierówne i niemiarowe. Obserwacye wpływu ciśnienia u tej chorej, nie odbiegają od spostrzeżeń u ludzi zdrowych, natomiast liczba tętna zachowuje się o tyle odmiennie, że na 6 kąpieli chłodniejszych, aż trzy razy spostrzegamy przyspieszenie tętna (5, 8, 9, uderzeń), a przy kąpielach cieplejszych liczby te są znacznie wyższe: 18, 30, 6, 16, uderzeń na minutę.

Również podać muszę przypadek niedomogi mięśnia sercowego, w którym wskutek złego stanu chorej musiałem stosowania kąpieli zaprzestać. Chora ta wzięła 4 kąpiele zrazu z niewielką poprawą, poczem wystąpiło po-

gorszenie, zmuszające do podawania energiczniejszych środków.

V. L. Dz. l. L. 12. 12. IV. M. G. lat 56 służąca. Od 5 lat duszność przy chodzeniu i kołatanie serca, Od 3 lat pogorszenie w stanie serca i duszność. Od jesieni kaszel i dreszcze, obrzęki nóg, powiększenie się brzucha; znaczny upadek sił.

Stan obecny: Wzrost mały, budowa drobna, odżywienie podupadłe, podściółka tłuszczowa zanikła, skóra zwiotczała, mało sprężysta. Na kończynach obrzęki. Żyły szyjne nieco napełnione. Duszność znaczna. Odgłos opukowy nad płucami jawny, granice płuc obniżone o jedno żebro, szmery oddechowe zaostrzone z rzężeniami średniobańkowemi wilgotnemi; gdzieniegdzie gwizdy. Uderzenie końca serca w VII międzyżebrzu w linii pachowej przedniej widzialne, na większej przestrzeni unoszące. Stłumienie serca od linii mostkowej lewej, dolnego brzegu V. żebra do l. pachowej przedniej lewej. Nad sercem długi szmer skurczowy, drugi ton nad aortą i tętnicą płucną dość głośny. Tętno drobne, nierówne, około 88 uderzeń na minutę. Naczynia o przebiegu krętym. W jamie brzusznej płynu nie wykazano. Wątroba macalna na palec poniżej pępka. Śledziona (badana przez opukiwanie) większa. Mocz skąpy, wysycony, 300 do 500 cm. na dobę, bez białka i cukru.

Rozpoznanie: Insufficientia valvulae mitralis. Adynamia musculi cordis (dextri).

3. IV. do 18. IV. 4 kąpiele o ciepłocie 24^0 do 25^0 R., zrazu z polepszeniem nieznacznem, następnie z pogorszeniem stanu ogólnego, jako też kaszlu. Kąpiele przerwano, a podano digalen, który już po 24 godz. usunięto z powodu zwolnienia tętna. Chora, leczona do 15. V. środkami sercowymi ma się stale jednako, polepszenia stwierdzić nie można. Miesiąc później śmierć.

Ciśnienie palpacyjne wahało się u tej chorej pomiędzy 120 a 130 cm. sł. wody, podczas kąpieli 24^0 C. nieco się podwyższało (2, 5, 8, 12 cm.) liczba tętna 80 do 92, miała również nieznaczną skłonność do podwyższania się; jeden raz podwyższona o 6, dwa razy bez zmiany, raz obniżona o 6.

Duszność w kąpieli raz malała, raz bez zmiany, raz zwiększyła się wskutek kaszlu; przy zwiększeniu się duszności powiększenie się liczby oddechów, zresztą obniżenie.

Przechodzimy do zwężenia ujścia żylnego lewego, które spostrzegałem w 4 przypadkach. Z tych trzy są to kliniczne czyste zwężenia, czwarty nasuwa przypuszczenie wady skombinowanej (insuff. et stenosis valvulae mitralis).

VI. L. Dz. 220. L. 2. 5. IV. 1910. J. W. lat 15, syn wyrobnika. Przed ośmiu laty przebywał zimnicę, przed trzema płonicę. Od dwóch lat miewa kołatanie serca. Od roku pogorszenie po przejściu zapalenia oskrzeli. Chory skarży się na kołatanie serca połączone z dusznością, kaszel, bóle kłujące u koniuszka serca, parzące, jakoteż ból ciążący w dołku podsercowym. Przez pięć tygodni przebywa w szpitalu z poprawą. Od kilku dni rozwolnienie.

Stan obecny: Wzrost odpowiednio do wieku mały; odżywienie liche, wargi nieco blade, migdałki przerosłe. Skąpe świsty i furczenia przy zaostrzonych szmerach oddechowych w dole z tyłu klatki piersiowej. Uderzenie końca serca na zewnątrz od l. sutkowej w VI. międzyżebrzu, widzialne na większej przestrzeni, unoszące. Szmer przedskurczowy wyczuwalny. Wymiary opukowe serca: od linii środkowej ciała, dolnej granicy III. żebra, przekracza linię sutkową lewą. Długi głośny szmer przedskurczowy, kończący się głośnym tonem skurczowym nad końcem serca, drugi ton nad tętnicą płucną silnie zaakcentowany. Tętno 80 do 100, równe, miarowe, małe. Wątroba bolesna macalna, półtora palca niżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej, a 4 palce nad pępkiem w linii środkowej ciała. Śledziona o brzegu grubym wystaje nieco z pod łuku. Jelita cienkie przy obmacywaniu tkliwe.

6. IV. badanie moczu zmian nie wykrywa.

8. IV. badanie śluzowej plwociny wykazało obecność komórek barwikonośnych.

Badanie stolców płynnych stwierdza dość znaczną obfitość śluzu w postaci ziarenek, równomiernie rozmieszczonych wśród masy stolca.

10. IV. Badanie krwi wykazało 80% H. b. hemometrem Sahlego; plasmodyów zimniczych ani w preparatach świeżych, ani w barwionych nie znaleziono.

Rozpoznanie: Stenosis ostii venosi sinistri. Enteritis chronica. Stosowano kąpiele bezwodnikowe od 6. V. do 21. V. od 25^0 do 30 R. z powoli wzrastającą ciepłotą.

23. IV. po 10 kąpielach chory czuje się lepiej. Duszność ustąpiła, również bóle kłujące i parzące, kołatania serca rzadsze, nie występują wśród snu i spokoju. Ból ciążący nad pępkiem utrzymuje się.

Stan obecny: Sił więcej, wejrzenie i cera lepsze. Wymiary serca na prawo do linii mostkowej lewej. Osłuchiwanie jak poprzednio. Wątroba dochodzi (opukiwanie) na 1 palec powyżej pępka, w linii sutkowej i środkowej ciała, brzeg nie macalny. Śledziona bez zmian. Szmery oddechowe zaostrzone. Liczba tętna koło 80 do 90. Podano kodeinę 2%, chininum muriat. 0,5, co wieczór.

29. V. Stan wątroby bez zmian. Podano digalen. 10. V. Odstawiono digalen z powodu zwolnienia tętna, 44 uderzeń na minutę. 12. V. podano napar naparstnicy 1,50 : 200. Zmniejszeniu wątroby nie stwierdzono.

Ciśnienie palpacyjne waha się przed kąpielą między 120 a 150 cm. sł. wody, zazwyczaj obniża się wśród kąpieli (9 obniżeń); liczba tętna 84—108, zazwyczaj około 100 uderzeń na minutę, obniża się przy chłodniejszych kąpielach (trzy razy na 4 kąpiele), już przy kąpielach 27^0 przyspiesza się.

VII. L. Dz. 241. L. 22. R. F. lat 31, żona wyrobnika.

20. IV. Od siedmiu lat miewa kołatania serca, w ostatnich czasach częstsze i z dusznością, od marca silne krwioplucie (pobyt w szpitalu). Prócz powyższych dolegliwości doznaje bólów w okolicy prawej połowy serca, ściskania u podstawy, bólu ciążącego w dołku podsercowym, od czasu do czasu wymiotów. Przy dłuższej rozmowie chora okazuje pewne cechy nieprawidłowe, mianowicie chora wyobraża sobie, że mąż ją chce otruć, wsypuje jej do jedzenia truciznę, gdy się tylko odwróci, jedzenie bywa w domu gorzkie i t. p.

Stan obecny: Chora bardzo spokojna, odpowiada na pytania logicznie, choć wolno i z ociąganiem. Wargi nieco blade. Narząd oddechowy bez zmian. Uderzenie końca serca w V. i VI. międzyżebrzu na wewnątrz od l. sutkowej lewej na większej przestrzeni unoszące. W międzyżebrzach powyżej widoczne tętnienie przedskurczowe. Opukowe granice serca: linia mostkowa lewa, czwarte żebro i linia sutkowa lewa. Nad końcem serca słychać cichy szmer rozkurczowy, głośny przedskurczowy, kończący się tonem skurczowym. Drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany. Tętno 80—90, czasem przepuszcza. Wątroba macalna w linii środkowej 3 palce nad pępkiem. Śledziona nieco zwiększona (opukiwanie). Mocz bez zmian.

Rozpoznanie: Stenosis ostii venosi sinistri.

Stosowano 10 kąpieli o ciepłocie od 23^0 do 30^0 R. od dnia 21. IV. do 7. V.

10. V. Podmiotowa poprawa o tyle, iż ból ciążący w dołku ustąpił, jak również duszność i bóle głowy. Kołatania serca bez zmiany. Bóle parzące rzadsze.

Stan obecny: Chora wygląda lepiej; stan serca bez zmiany. Drugi ton nad tętnicą płucną silnie zaakcento-

wany. Tętno 88, równe, miarowe. Wątroba w linii środkowej nie macalna. Waga ciała wzrosła z 50 na 51 kgr.

Ciśnienie palpacyjne waha się między 140 a 155 cm. sł. wody, 85 a 120 mm. sł. rtęci, podczas kąpieli metodą podmiotową obniżenia prawidłowe, metodami graficznemi nawet przy 30_0 R. obniżenie słabe, dwa na cztery. Liczba tętna waha się między 70 a 102, zazwyczaj koło 90, obniża się i przyspiesza wyraźnie, zależnie od ciepłoty kąpieli.

VIII. L. Dz. 222. L. 14. d. 16. IV. M. W. lat 30, wolna. Gośćca stawowego nie przebywała. Skąpe krwioplucie przed sześciu laty. Kołatania serca od czterech lat, od dwóch lat w połączeniu z dusznością. Chora skarży się prócz tego na bóle głowy, bóle kłujące przy końcu serca, piekące u podstawy.

Stan obecny: wzrost średni i odżywienie podupadłe. Na wargach ślad sinicy, żyły szyjne nie napełnione. W płucach w dole z tyłu, nieco rzężeń średniobańkowych wilgotnych. Uderzenie koniuszkowe w V. międzyżebrzu w linii sutkowej lewej na większej przestrzeni widzialne, unoszące. Drżenie bardzo słabo wyczuwalne (?). Wymiary opukowe serca od linii mostkowej prawej, górnego brzegu III. żebra do linii sutkowej lewej. Cichy szmer rozkurczowy, nad końcem ton skurczowy, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany; tętno około 50 uderzeń na minutę, od czasu do czasu przerywane. Wątroba macalna na cztery palce niżej łuku w linii sutkowej prawej, 1 palec nad pępkiem w linii środkowej ciała, a śledziona na palec niżej łuku żebrowego.

8. IV. Badanie moczu zmian nie wykrywa; w plwocinie rdzawej komórki o typie komórek barwikonośnych.

Od d. 6. IV. do 20. IV. zastosowano 10 kąpieli bezwodnikowych trwających przez 10 minut o ciepłocie 23^0 do 29_0 R. powoli wzrastającej.

14. IV. Zaakcentowanie tonu skurczowego nad końcem serca, krótki szmer rozkurczowy i chropawy przedskurczowy.

Rozpoznanie: Stenosis ostii venosi sinistri.

22. IV. po 10 kąpielach chora czuje się lepiej, osłabienie minęło, kaszel, bóle głowy, bóle piekące u podstawy serca ustąpiły, kołatania serca znacznie rzadsze, bóle kłujące utrzymują się.

Stan obecny: Chora wygląda znacznie lepiej, sinicy brak, duszności niema. Wymiary serca na prawo do linii środkowej ciała zmniejszone. Osłuchiwaniem jak $^{14}/_4$, jedynie zaakcentowanie tonu skurczowego nad końcem serca i drugiego tonu nad tętnicą płucną znacznie wybitniejsze. Wątroba na 2 palce niżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej i 3 palce ponad pępkiem w linii środkowej ciała. Śledziona wystaje z pod łuku.

Do 6. V. bez leczenia wątroba na 1 palec niżej łuku w linii sutkowej prawej, a 3 palce nad pępkiem w linii środkowej ciała. Podano digalen.

9. V. odstawiono digalen z powodu zwolnienia tętna (30 uderzeń). 12. V. podano napar naparstnicy 1, 50:180, 16. V. Wątroba w linii sutkowej o $^1/_2$ palca wyżej. Chora czuje dziwną ociężałość, twierdzi, że podczas kąpieli czuła się lepiej, była znacznie rzeźwiejsza.

Ciśnienie palpacyjne, utrzymujące się przed kąpielami między 140 a 180 sł. w., opadało i podnosiło się według ogólnych zasad powyżej wyłuszczonych; tętno stale zwolnione między 54 a 66 uderzeń na minutę, przy kąpielach chłodniejszych nietylko nie opada, ale podnosi się, przy obojętnych to opada (2) to podnosi się (2), przy cieplejszych zazwyczaj się podnosi (2 na 3 k.) Wogóle wahania są tutaj dość znaczne. Skłonność do obniżania się tętna jest mniej zaznaczoną, czego nie kładłbym jednak na karb wyczerpania mięśnia sercowego, ponieważ przyspieszenie przy kąpielach cieplejszych nie jest znaczne, jakby w tym ostatnim przypadku spodziewać się należało. Wszystkie te kąpiele można uważać za spostrzeżenia tętna zwolnionego (bradycardii), tak często spotykanego w przebiegu zwężeń ujścia żylnego lewego.

IX. L. Dz. 242. L. $17^1/_2$. 22. IV. K. J. lat 24, wolna, bez zajęcia. W dziecięctwie, jak podaje, nie chorowała. Przed 5 laty kołatania serca przy zmęczeniu, przed 3 gościec stawowy w stopach. Przed 2 laty krwioplucie, połączone z kłuciem w boku prawym. Od roku kołatanie serca bardzo częste, występujące w spokoju, we śnie połączone z dusznością. Przed 3 tygodniami przemijające po leku obrzęki nóg. Obecnie skarży się chora na znaczną duszność przy chodzeniu i biciu serca, na kaszel, kołatania, bóle rżnące w linii środkowej ciała, w głębi piersi, na bóle ciążące w górnej części brzucha, przy ruchach i po jedzeniu.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie liche. Skóra sucha, kończyny chłodne. Na uszach, nosie, wargach i kończynach sinica. Naczynia żylne szyjne napełnione. Gruczoł tarczowy duży, zbity. W narządzie oddechowym zmian nie stwierdzono. Uderzenia serca widzialne i macalne w V. i VI. międzyżebrzu, na większej przestrzeni unoszące. Unoszenie się skurczowe lewej połowy klatki piersiowej. Szmer przedskurczowy wyczuwalny. Wymiary opukowe serca od linii mostkowej prawej i III. żebra do połowy odległości między linią sutkową, a pachową przednią lewą. Szmer przedskurczowy kończący się głośnym tonem skurczowym i szmer rozkurczowy, stwierdzalny nad końcem. Nad tętnicą płucną ton drugi silnie zaakcentowany.

Tętno około 100, drobne, nitkowate, równe, miarowe. Wątroba na 2 palce niżej łuku w linii sutkowej prawej, na 2 palce wyżej pępka w linii środkowej ciała. Śledziona (opukiwanie) większa.

W innych narządach zmian nie spostrzeżono. Badanie moczu zmian nie wykryło.

Rozpoznanie: Stenosis ostii venosi sinistri (insufficientia?) Adynamia musculi cordis.

Od 22. IV. do 10. V. zastosowano 10 kąpieli bezwodnikowych trwających po 10 minut, o ciepłocie od 23^0 do 30^0 R. powoli wzrastającej.

11. V. po 10 kąpielach chora czuje się znacznie silniejsza, duszność mniejsza, kołatanie serca nieco rzadsze, bóle parzące ustąpiły, ból w dołku bez zmiany,

Stan obecny: Sinica pojawia się jedynie przy ruchach, tętno równe, większe, lepiej napięte, około 90 uderzeń na minutę. Uderzenia końca serca w V. międzyżebrzu na 1 palec poza linią sutkową lewą. Zresztą wymiary serca i obraz osłuchowy bez zmian. Wątroba sięga tak w linii sutkowej, jak i środkowej ciała, do pępka. Waga ciała wzrosła przez trzy tygodnie z 43 na 46 klg.

12. V. podano napar naparstnicy 1,50:200.

14. V. chora na kategoryczne żądanie własne opuszcza klinikę. Wątroba na palec niżej łuku żebrowego, (obserwacya lekarza dyżurnego). Po dwóch dniach chora wraca z prośbą o przyjęcie z powodu pogorszenia stanu zdrowia. Odmówiono.

Ciśnienie palpacyjne wahało się przed kąpielami między 130 a 145 ctm. sł. wody; podczas kąpieli 26^0 i 27^0 R. nieznaczne obniżenia i podwyższenia. Przy 30^0 (jedno doświadczenie turgotonografem) nieznaczne podwyższenie. Liczba tętna stale między 86 a 100, mało się obniża lub podwyższa, bardzo znacznie przy ciepłych kąpielach. Tętno zrazu nitkowate, z końcem obserwacyi klinicznej powiększa się wyraźnie. Sinica podczas kąpieli tak na nogach, jak i na wargach ginie na czas dość nie długi. Stoi to niewątpliwie w związku z pogłębieniem oddychania. Znikanie wyraźnej sinicy podczas kąpieli spostrzegałem u tej chorej dwa razy.

Dalsze dwa przypadki dotyczą zmian na zastawkach tętnicy głównej w postaci niedomykalności tejże zastawki.

(C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia i syfilidologia.

Fraenkel i Grouven. **Doświadczenie z przetworem Ehrlicha »606«.** (Münch. m. Woch. 1910. 34). Autorowie stosowali ten przetwór w różnych przypadkach kiły; w świeżej robiono jedno wstrzykiwanie (52 przypadki), dwa (17), a nawet trzy (6), tak że ilość podanego środka wynosiła 0,45 do 2,4 gr. u jednego chorego. Z początku robiono wstrzykiwania w klinice stałej, później u chorych przychodnich podskórnie i nie zauważono żadnych objawów szkodliwych. W niektórych przypadkach spostrzegano zaczerwienienie skóry, rozszerzające się od miejsca wstrzyknięcia na całą powierzchnię skóry, objawy te jednak znikały po paru dniach. Z 11 przyp. nacieków pierwotnych w dwóch wstrzykiwanie w ilości 0,3—0,4 gr. nie zapobiegało wystąpieniu wysypki, która pojawiła się, ale w znacznie mniejszym stopniu niż zazwyczaj. W niektórych przypadkach objawy drugorzędne znikały powolnie, mimo powtórzenia wstrzykiwania. W jednym przypadku jeszcze w dwa miesiące po wstrzyknięciu stwierdzono w guzkach liczne krętki. W innym przyp. trzy wstrzykiwania (0,3, 0,4, 1,0) wykonane co dwa tygodnie usunęły wysypkę gruzełkową-pełzającą dopiero po dwóch miesiącach. W przypadkach z kliniki psychiatrycznej stwierdzono szybkie (po paru tygodniach) znikanie odczynu Wassermanna, nie spodziewano się naturalnie ustąpienia zmian anatomo-patologicznych. Z trzech przypadków łuszczycy spostrzegano w jednym szybkie znikanie zmian, w dwóch innych żadnego wyniku nie zauważano mimo dużych dawek (0,6–0,7). Polepszenie znaczne a nawet usunięcie zmian widzieli autorowie w jednym przypadku choroby Duhringa, pęcherzycy złośliwej i liściastej i przypadku liszaja czerwonego.

Krzyształowicz.

Alt. **O technice wstrzykiwań przetworu Ehrlich-Hata** (Münch. m. Woch. 1910. 34). Autor ogłosił pierwszy wyniki leczenia przetworem »606«, od tego czasu liczba przypadków leczonych przez niego znacznie się wzmogła, nigdy jednak nie przekroczył dawki 0,5 gr. u ludzi bardzo silnych dlatego, że wtedy ciepłota dochodziła do 39,5° C., występowała nieregularna czynność serca, pobudzenie do wymiotów i odurzenie. Dalej przestrzega przed rozczynami kwaśnymi, które już w małych dawkach działają niekorzystnie na czynność serca. Rozczyny alkaliczne nie są boleśniejsze, a jedynie u dnowych zdają się zwiększać bole przez wzmożone wydzielanie kwasu moczowego. Na mocy badań wydzielania się arszeniku przychodzi do wniosku, że po wstrzykiwaniach zawiesiny mniejsza ilość arszeniku jest czynną niż po użyciu rozczynów alkalicznych. Mimo nie stwierdzenia w danej chwili wydzielania się arszeniku, nie można twierdzić, ze go niema, bo może znajdować się nie wessany skład, który po drugiem wstrzykiwaniu może wywołać zatrucie. Unika się tego przy wstrzykiwaniach śródżylnych, ale wtedy działanie jest wprawdzie szybsze, ale mniej trwałe, co można wnioskować z szybkiego powrotu odczynu Wassermanna. Sądzi zatem, że w przyszłości technika rozwinie się w ten sposób, iż najpierw wstrzyknie się do żyły, a w 4 tygodnie potem w mięśnie lub podskórnie.

Krzyształowicz.

Michaelis L. **Stosowanie podskórne przetworu Ehrlicha.** (Münch. med. Woch. 1910. 33). M. wstrzykiwał podskórnie ten przetwór między łopatkami, a miejsce to po wstrzyknięciu mięsił dla usunięcia płynu. Szybkość działania jest bezsprzecznie większa niż po wstrzykiwaniach miąższowych, co autor tłómaczy większą płaszczyzną wessania. Najważniejszą korzyścią jest to, że chory nie doznaje przeszkód w chodzeniu i siedzeniu, co bywa prawie zawsze po wstrzykiwaniach miąższowych, a po podskórnem wstrzyknięciu obrzęk jest niebolesny lub go wcale niema.

Krzyształowicz.

Blaschko. **Uwagi krytyczne o leczeniu przetworem Ehrlicha.** (Berl. klin. Woch. 1910. 35). Ze względu na tę okoliczność, że nietylko w kołach laików ale i lekarzy panują niewłaściwe opinie o znaczeniu tego środka, uważa B. za właściwe zwrócić uwagę, że dotąd nie doszliśmy jeszcze przez wprowadzenie do leczenia arsenobenzolu do rozwiązania problemu, ale stoimy na początku zadania, chociaż genialny czyn Ehrlicha wskazał nam nowe i ważne problemy, które autor omawia. Krzyształowicz.

Kromayer. **Teoretyczne i praktyczne roztrząsanie sprawy przetworu Ehrlicha.** (Berl. klin. Woch. 1910. 34). Ze względu na dotychczasowy brak pewności, czy »606« działa na kiłę silniej niż rtęć, nie możemy tej ostatniej zupełnie usunąć, być może bowiem, że w przyszłości leczenie kombinowane obu tymi środkami da najlepsze wyniki. W przypadkach, w których dotychczasowe leczenie zawodzi, albo nie prowadzi do celu, albo istnieją zagrażające życiu zmiany, arsenobenzol jest wskazany do tego stopnia, że nie użycie go chce uważać autor za »błąd sztuki«. Stąd byłoby wskazane fabryczne wytwarzanie tego przetworu i dostarczanie go wszystkim lekarzom. W przypadkach nacieków pierwotnych należy rozpoczynać leczenie zaraz z początku, bo nie jest wykluczona możność i nadzieja leczenia poronnego kiły przy stosowaniu tego przetworu.

Krzyształowicz.

Isaac H. **Wyniki leczenia przetworem Ehrlicha.** (Berl. kl. Woch. 1910. 33. — Ivanyi M. (Wien. med. Woch. 1910. 36). — Mondschein. (Wien. med. Woch. 1910. 36).

Is. przytacza 27 historyi chorób przypadków leczonych tym przetworem, z ktorych wynika, że »606« działał nader szybko bez pozostawiania śladów, tak na zmiany patologiczne jak i na krętki.

Z 84 przyp. leczonych przez Iv. wstrzykiwaniami podskórnemi arsenobenzolu (0,3—0,6), zasługuje na uwagę jeden przypadek daleko posunięty porażenia postępującego, w którym nastąpiło po wstrzykiwaniu (0,5) pozorne wyraźne polepszenie już w kilku dniach; wkrótce jednak stan chorego bardzo się pogorszył. W przypadku znacznie posuniętego uwiądu rdzenia nastąpiła znaczna poprawa po dawce 0,5 gr. Wreszcie autor opisuje przypadek białkomoczu przy kilakach skóry i drugi cukromoczu, w których wstrzykiwanie nietylko nie działało szkodliwie, ale nawet spowodowało usunięcie tych objawów.

M. wskazuje na leczone przez siebie ciężkie przypadki kiły przetworem Ehrlicha z bardzo szybkim i pomyślnym wynikiem. W jednym przypadku towarzyszący kile złośliwej wysięk opłucnowy i skrobiowatość nerek nie doznały pogorszenia. Dwa przypadki uwiądu rdzenia poprawiły się po wstrzykiwaniu (6 dni spostrzegane!). Autor zwraca także uwagę, że istniejąca w jednym przypadku wada serca nie pogorszyła się po wstrzykiwaniu. Krzyształowicz.

Prof. Ehrlich P. **Czy wstrzykiwanie śródżylne »606« przedstawia jakieś niebezpieczeństwa?** (Münch. m. Woch. 1910. 35). Nawiązując do śmiertelnego przypadku Fraenkla i Grouvena po wstrzykiwaniu śródżylnem arsenobenzolu, zastanawia się E. nad przyczyną śmierci w tym przypadku i przychodzi do przekonania na mocy doniesień powyższych autorów i obrazu sekcyjnego, że nie samo wstrzykiwanie śródżylne, ale istniejąca nadczułość chorego jest przyczyną nieszczęśliwego zejścia. Doniesienia z różnych stron dowodzą autorowi, że chorzy z daleko posuniętemi zmianami centralnego układu nerwowego tworzą osobną grupę, która przez wstrzyknięcie jest narażona na niebezpieczeństwo, — a nawet przypuszcza, że w przyszłości grupa ta będzie wyłączona od leczenia tym przetworem. Podobne dwa przypadki utraciły życie po wstrzykiwaniu, jeden miąższowem, drugi podskórnem. Tymczasem wstrzykiwania śródżylne, stosowane już przez wielu autorów (Iversen, Alt, Schreiber, Weintrand, Neisser), nie wyrządzały żadnej szkody, chociaż dawka dochodziła do 1,0 gr. Stosowanie dawek

0,3—05 gr. drogą krwi zdaje się nie przedstawiać żadnego niebezpieczeństwa, a przeciwwskazanie stanowią ciężkie schorzenia mózgu, miażdżyca tętnic i zboczenia w czynności serca, szczególnie dusznica bolesna. Jako przykład stawia przypadek Schultza, który u chorego bardzo wyniszczonego z objawami kiły późnej wstrzyknął do żyły 0,45 z b. dobrym wynikiem. Z dotychczasowych doświadczeń wynikałoby, że najsilniej i najdłużej działają wstrzykiwania miąższowe. Myśl Iversena (wstrzyk. najpierw śródżylne, później miąższowe) wypowiedzianą i przez innych, należy uważać za szczęśliwą, bo najpierw działamy szybko, nagle, a później jeszcze przez pewien czas powolniej. Krzyształowicz.

H. Sowade. **Wartość atoksylu i arsacetyny w leczeniu kiły.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1910, T. 101). Z nowszych przetworów arszenikowych dwa głównie zwróciły na siebie baczniejszą uwagę, atoksyl i arsacetyna. Co do atoksylu, to ten mimo pewnych swych zalet przy leczeniu kiły stracił na wartości, odkąd opisano dość liczne przypadki oślepnięcia z powodu zaniku nerwu wzrokowego, a nawet śmierci przy użyciu tego przetworu. Arsacetyna również nie dorównuje ani rtęci, ani jodkowi potasu; usuwa wprawdzie zmiany kiłowe, szczególniej trzeciorzędne i objawy kiły złośliwej, ale działa od jodu i rtęci powolniej, nie chroni od nawrotów choroby, które pojawiają się szybciej, wreszcie i przy użyciu tego także przetworu opisano dwa przypadki oślepnięcia, trzeci zaś taki przypadek spostrzegał autor po podaniu 5·9 gr. Arsacetyna więc nie przewyższa, a nawet nie dorównuje starej metodzie leczenia; jest jednak nabytkiem o tyle cennym, iż kiedy jodu i rtęci w pewnych przypadkach użyć nie można, arsacetyna przychodzi z pomocą. Dr H. L. Weber.

F. Pinkus. **Wpływ leczenia rtęcią na wagę ciała.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 101, 1910). Nie wdając się w pytanie »dlaczego?«, stwierdza P. na podstawie badania 734 chorych (kobiet), iż pod wpływem leczenia rtęcią zmniejsza się waga ciała; na 100 bowiem chorych stwierdzono ubytek 18 klgr, porównawcze zaś badania na chorych, leżących w szpitalu w tych samych warunkach, nie leczonych jednak rtęcią, wykazują na 100 chorych przybytek 95 klgr. Nieznaczny ubytek ustępuje po zaprzestaniu leczenia w krótkim czasie szybkiemu i znacznemu przyrostowi wagi ciała, gdyż według statystyki przyrost ten wynosił średnio 4 klgr na jedną chorą w przeciągu kilkunastu dni. Dr H. L. Weber.

Bettmann. **Syphilis d'emblée.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 100, 1910). B. przytacza w swej pracy szereg przypadków, poczerpniętych z piśmiennictwa i dwa spostrzegane przez siebie, gdzie mimo dokładnych badań nie można było wykryć stwardnienia pierwotnego, a wystąpiła u danych osobników wysypka i inne zmiany przyrody kiłowej. Na podstawie tych spostrzeżeń sądzi B., że» Syphilis d'emblée« istnieje rzeczywiście. Przyczyna, że zmiany pierwotnej w pewnych przypadkach wykryć nie udaje się, leży może w tem, że albo zmiana ta jest bardzo mała (mikroskopijna), albo tworzy się w głębi pod skórą, albo wreszcie, że krętki dostawszy się pod nabłonek, zostają natychmiast uniesione prądem krwi, czy limfy i znowu albo tworzą zmianę pierwotną n. p. w najbliższych gruczołach, albo krążąc we krwi, wywołują zmiany t. zw. drugorzędne bez zmiany pierwotnej. W przypadkach, opisanych przez B. gruczoły limfatyczne, albo były powiększone, albo też niezmienione; zmiany drugorzędne występowały średnio po 2—3 miesiącach od czasu przypuszczalnego zakażenia, w trzech tylko przypadkach zmiany te wystąpiły dziwnie wcześnie, bo po 37, 30, a nawet w jednym przypadku B. w 20-tym dniu po zakażeniu. Dr H. L. Weber.

Friedlaender. **Wartość próby Wassermanna dla rozpoznania kiły.** W. Fischer. **W sprawie próby Wassermanna.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1910, T. 100). Fr. przytacza w swojej pracy szereg tablic, mających wykazać, jak wielką wartość ma próba Wassermanna przy rozpoznawaniu kiły. I tak tablica I. wskazuje, iż na 448 chorych, zgłaszających się na klinikę (ambulatoryum 3-miesięczne kliniki Lassara), u których z jakiegokolwiek powodu przypuszczano wprawdzie kiłę, wywiady jednak i badanie chorego stanowczych dowodów kiły nie dostarczyły — w 34 przypadkach próba W. wypadła dodatnio. W tablicy II. przytacza Fr. szereg przypadków guzów, zmian podobnych do gruźliczych, blizn mało charakterystycznych i t. d., gdzie tylko na podstawie dodatniego wyniku próby W. można było kiłę rozpoznać. Wreszcie twierdzi Fr., że obecnie można już, badając surowicę w przypadku nie wykazującym zresztą żadnych zmian, odpowiedzieć na pytania, czy badany miał kiłę, lub nie, czy jest wyleczony, lub nie, czy może zarazić, czy może się żenić.

Mniej różowo zapatruje się na próbę W. Fischer, dochodząc na podstawie szeregu badań do następujących wniosków: 1) Próba W. ma w pewnych granicach wartość przy rozpoznawaniu kiły. 2) Zastosowanie jej jako wskaźnika w leczeniu, czy rokowaniu kiły jest, jak dotąd zupełnie illuzoryczne. Dr H. L. Weber.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Wybitne zwolnienie gojenia się złamań kości spostrzegał Canal u zwierząt, którym przedtem usunął gruczoły przytarczyczne. (Gaz. d. Osp. 1909, Nr 93). A.

Tłuszczaka od mięsaka łatwo, podług Tansiniego, odróżnić po tem, że tłuszczak okazuje wybitne przeświecanie, podobnie jak torbiele i wodniaki. (Gaz. d. osp. Nr 89). A.

Skórę do operacyi odkaża Herff w następujący sposób: Bez poprzedniego mycia wytarcie miejsca operacyi i okolicy przez 5 minut aceton-alkoholem a potem wysmarowanie płynem: Benzoe. Res. Damar aa 10,0. Aeth. ad 100,0 z dodatkiem tymolu (0,5) lub 20% rozczynu alkoholowego jodu i jodku potasu. (Zblt. f. Chir. Nr 1). A.

Zmniejszenie krwotoku operacyjnego zwłaszcza przy operacyach na głowie i szyi stara się osiągnąć Anschütz przez wywołanie zastoju żylnego w kończynach. (Zblt. f. Chir. Nr 1). A.

Leczyć padaczkę poleca Birkner w ten sposób: po otwarciu czaszki zamiast wycięcia ośrodka, wywołującego drgawki, wykonuje B. jego miesienie palcem przez 3—5 minut, przez co wywołuje się, zdaniem B., zanik kory w tem miejscu (?). (Zblt. f. Chir. Nr 1). A.

Przy bolesnych cierpieniach stawowych poleca Cohen okłady z rozczynu siarkanu magnowego. (I. Am. Med. As. 1909, Nr 23). A.

W pijawkach wykazać można, według Steffenhagena i Andrejewa, wessane drobnoustroje nieraz i do 3 miesięcy. (Zjazd mikrobiolog. Berlin. Maj 1910). A.

Po wycięciu żebra z powodu ropniaka opłucnej radzi Beck (N. York) sączkować jamę gazą, a nie drenami, albowiem dreny nie zapobiegają rozkładaniu się wydzieliny i nie wyciągają tak doszczętnie wydzieliny jak gaza, lecz tylko ułatwiają mechanicznie odpływ ropy. (Rf. Münch. med. Woch. Nr 6). A.

Niepewne szwy po operacyi radzi König zabezpieczać przez pokrywanie linii szwów nieuszypułowanymi płatami, np. na brzuchu płatem okostnej z kości goleniowej, szwy pęcherza płatem z pochewki mięśnia prostego, szwy cewki kawałkiem żyły i t. p. (Deut. med. Woch. Nr 4). A.

Nadmanganianu potasu używa Blumm z dobrym skutkiem do leczenia jam ropni. Po nacięciu ropnia i wypuszczeniu ropy zasypuje całą jamę wspomnianym środ-

kiem. a na to leje rozcieńczony ocet drzewny. Wywiązuje się przytem tlen. Opatrunek po 24 godzinach; rana pokryto jest wtedy brunatnymi strzępami. Po wymyciu ich opatrunek zwykły. Gojenie bardzo szybkie. (Münch. med. Woch. Nr 6). A.

Przy uporczywej rwie kulszowej poleca Carnot założenie wyciągu tak, jak przy złamaniu uda. Obciążenie około 3 kg. Wyciąg z początku przez kilka dni zakłada się na stałe (chory leży), a potem przez dwa tygodnie tylko na noc. (Pres. med. 1909, Nr 55). A.

Przy krwawiączce dla przyspieszenia krzepnięcia krwi i możności wykonywania operacyi radzi Denk podawać przez kilka dni 3—6 grm mleczan wapniowy (calcium lacticum). Krzepnięcie, występujące później niż w 3 minuty uważać należy już za nieprawidłowe. (Tow. lek. Wiedeń, 18. II. 1910). A.

Przy znieczulaniu rdzeniowem stowainą dodaje Poenaru do stowainy 2 krople rozczynu: 15 kropli kupnej adrenaliny z jedną kroplą zgęszczonego kwasu mlecznego, a 2 cm³ płynu mózgowordzeniowego, albowiem przekonał się, że złe znieczulenia pochodzą ze stratów, jakie tworzy stowaina w alkalicznym płynie mózgowordzeniowym; należy też unikać tego przez zakwaszanie. (Wien. klin. Woch. Nr 6). K.

Utrata zębów ma podług Neunera ważny wpływ na zdatność do wojska. Zdatny jest jeszcze ten, który utracił kilka zębów, ale mówi wyraźnie i dobrze gryzie i trawi. Natomiast utrata 3 zębów siecznych koło siebie lub także kła, upośledza już bardzo mowę i człowiek taki zdatny jest jedynie do obrony krajowej. Stale zaś i zupełnie niezdatny jest człowiek, który utracił wiele zębów, trawi źle, lub też brakuje mu kilku zębów trzonowych, a przednie są w złym stanie. (Münch. med. Woch. Nr 9). A.

W czasie wojny oznacza się kolorowemi odznakami zranionych a to celem łatwego poznania po pierwszem zaopatrzeniu, czy zraniony ma lekką czy ciężką ranę i do jakiego rodzaju transportu się nadaje. Macpherson z Londynu, omawiając tę sprawę na międzynarodowym Zjeździe w Peszcie, zachęcał do zwołania międzynarodowej ankiety, którahy ustaliła znaczenie kolorów, dotąd bowiem kolory mają w różnych armiach różne znaczenie, co w razie wojny może dać powód do przykrych pomyłek, gdy np. nieprzyjaciel ma się opiekować zranionymi. A.

Przy przeroście sterczu, gdy chory na wycięcie gruczołu się nie zgadza, lub gdy z operacyą spieszyć się jeszcze nie należy, poleca Desnos leczenie zapomocą radu, który wprowadza się w zgłębniku na 20—120 minut. W ten sposób leczył D. 16 chorych i tylko u 3 nie uzyskał skutku. Gruczoł wprawdzie się przytem nie zmniejsza, ale jednak mięknie i przypadłości ustępują. (Assoc. franc. darol. 1909, 9. X.). A.

Przy leczeniu radem (maść radiolowa i proszek radiolowy, kompresy radiolowe, gaza radiolowa i wstrzykiwania wody emanowanej) otrzymał Caan w 50% złośliwych nowotworów, nie nadających się już do operacyi, wcale znaczną poprawę. (Beitr. z. klin. Chir. 65. III). K.

Zagajanie się przetok po operacyach pęcherza moczowego osiąga Burmeister przez zalepienie otworu dermagummitem i ceratką. (Beitr. z. klin. Chir. 65. III). K.

Uśpienie śródżylne podług Küttnera nie jest obojętne dla ustroju, bo w następstwie jego tworzą się nieraz zatory płucne. (Beitr. z. klin. Chir. 65. III). K.

Uśpienie śródżylne sposobem, podanym przez Burkharda, uważają Clairmont i Denk na podstawie tych doświadczeń na zwierzętach na razie za zanadto niebezpieczne. (Wien. klin. Woch. Nr 8). K.

Atypowe bujanie nabłonka wywołują (prócz czerwieni szkarłatowej), podług Meyera, także wstrzykiwania pod ciśnieniem parafiny, sadzy i t. p. (Ziegl. Beitr. z. path. A. 46. III). A.

Zwężenie międzyżebrzy po stronie lewej występuje podług Przewalskiego często przy raku przełyku, a po stronie prawej, przy raku żołądka, co promieniami Röntgena stwierdzić można. (Forts. md. Geb. d. Rönt. XIV. 3). A.

Nad mięszanem uśpieniem przeprowadzał badania Madelung i przekonał się, że przy poprzedniem wstrzyknięciu morfiny i skopolaminy oszczędza się bardzo chloroformu, eteru, gazu rozweselającego, natomiast przy stosowaniu uśpień eterem i chloroformem nie zyskuje się nic na ilości zużytych środków usypiających. (Arch. für exp. Pathol. u. Pharm. 62. V.). A.

Wskazania do leczenia radem są podług Eichholza następujące: 1) przewlekłe sprawy zapalne, gośćcowe i dnawe kości i stawów, wysięki i nerwobole, 2) zołzy, krzywica, gruźlica, blednica, niedokrwistość, cukrzyca, stwardnienie tętnic, 3) nieżyty błon śluzowych, 4) nowotwory, 5) choroby skórne, 6) osłabienia starcze. Przeciwwskazania: ostre choroby, ciąża, zapalenie nerek, krwotoki, wrzód żołądka i t. p. Podczas leczenia trzeba często badać mocz co do białka. (Berlin. klin. Wochs. Nr 23). A.

Uśpienie ogólne od strony odbytnicy poleca bardzo Dumont. Jest ono bardzo dogodnem, a nie niebezpieczne, jeżeli zachowuje się przytem pewne ostrożności. Używa się do tego cierpienia eteru i to jedynie par eterowych, a więc usypia się zapomocą przyrządu, który zabiera wszystek kondensacyjny eter, n. p. Dudley Buxtona. Uśpienie zaczyna się zwykle drogami oddechowemi, a potem przechodzi do uśpienia od strony odbytnicy. Uśpienie to jest oczywiście przeciwwskazanem przy cierpieniach kiszek. (Zblt. f. Chir. Nr 42, 1909). A.

Przy wielkich przepuklinach brzusznych w bliznach po operacyi radzi Grekow wszczepiać w ubytki mięśnie, n. p. krawiecki. G. wykonał to nawet w jednym przypadku obustronnie. (A. f. kl. Chir. 91. IV.). K.

Celem leczenia żylaków poleca Scharff wstrzykiwać w nie rozczyn sublimatu 3—5 ‰. (Berl. klin. Wochs. 13). A.

Wysięki i przesięki, wytwarzające się w doświadczeniach po stosowaniu różnych drażniących środków można podług Chariego i Januschka wstrzymać w rozwoju przez równoczesne podskórne wprowadzanie soli potasowych. (Wiener klin. Wochs. Nr 12). A.

Opadnięcie odbytnicy leczy Beresnegowsky w ten sposób, że z mięśnia pośladkowego wielkiego tworzy z obu stron płaty, które łączy koło odbytu. (Arch. f. kl. Chir. 91. III.). K.

Przy porażeniach dolnej gałązki nerwu twarzowego, lub też i całego nerwu, gdzie plastyka i połączenie nerwu twarzowego z innym nie daje wyniku, poleca Jianu za radą Jonescu wszycie części mięśnia mostkowo-obojczykowego, cw. żwacza (mosseter) do kąta ust. (D. Zft. für Chir. 102). A.

Do operacyi na nerce nacina Eckehorn jedynie skórę, a dalej posuwa się już na tępo w głąb, przez co nie potrzeba zupełnie podwiązek. (Hygiea. V. 1909). A.

Mięsaki, nie nadające się do operacyi, leczy Coley zapomocą wstrzykiwań naprzemian w guz i śródmięśniowo toksyn drobnoustrojów, zwłaszcza paciorkowców róży i prątka krwawego. C. jednak radzi postępować bardzo ostrożnie, bo zdarzają się zejścia śmiertelne bezpośrednio w następstwie tego leczenia. Opierają się temu leczeniu zupełnie mięsaki barwikowe. (The Pract. XI. 1909). A.

Do odkażania skóry poleca Zabłudowski 5% rozczyn tanniny w alkoholu (95%), którym myje się ręce przez 2 minuty. (Zblt. f, Chir. 8). K.

Odkażanie rąk jedynie zapomocą 5-minutowego wycierania ich wacikami, zmaczanemi w silnym wyskoku, polecają Kutscher, Loew, Grekow i t. p. Celem ochronienia skóry należy po operacyach wysmarować ręce gliceryną. K.

Odkażanie skóry nalewką jodową znajduje coraz więcej zwolenników. Poleca ją też Unger, przekonawszy się o jej skuteczności na wielkim materyale operacyjnym. (Berl. klin. Wochs. Nr 22). K.

Przy opatrywaniu raka macicy, nie nadającego się do operacyi, poleca Boesch w miejsce mocno gryzącego chlorku cynku gazę cynkopirynową Knolla, zakładaną na 12—24 godzin. (Kor. f. Sch. A. Nr 3). A.

Przy wrzodach rentgenowskich, nie chcących się goić, dobre usługi podług Savilla oddaje operacya Hiltona, polegająca na przecięciu nerwów, biegnących do okolicy chorej zapomocą dwóch cięć półkolistych, z których jedno biegnie nad wrzodem, a drugie przez wrzód. Cięcia te tamponuje się potem gazą. Bol ustępuje zaraz po zabiegu i gojenie się postępuje raźno. (Lancet 18. XII.). A.

Zapobiegawczo przeciw zakażeniu kiłą polecają Neisser i Siebert następującą maść: »Rp. Sublimat. 0,3, Natr. chlorat. 1,0, Tragacant. 2,0, Amyl. 4,0, Gelatin. 0,7. Alcohol. 25,0, Glycerin. 17,0, Aq. destil. ad 100,0. (Jahreskurse f. arztl. Fortbildunng Nr 4). A,

Krem alsolowy poleca Lewitt przy wielu cierpieniach skórnych, zwłaszcza swędzących. (Ther. d. Geg. II.). A.

Przy ciężkim krztuścu polecają Weil i Mouriquand wdychiwania tlenu, które mają zapobiegać zapaleniu płuc, a w razie jego wybuchu skracać przebieg. (Presse med. 27. XI. 1909). A.

Przyrządy „glaseptic“ do rozpylań leków, zwłaszcza w laryngo- i rynologii, odznaczają się tem, że są całe ze szkła, przez co dają się dokładnie odkażać, a ze względu na małe rozmiary można je nosić przy sobie (firma Parke, Davis-Londyn). A.

Ułożenie na brzuchu poleca Bossi do leczenia przejściowych białkomoczów w ciąży, które zdaje się, biorą początek z ucisku z jednej strony macicy, a z drugiej kręgosłupa (lordosis) na moczowody i naczynia nerkowe. Przy ułożeniu na brzuchu znika ten ucisk, a przez to i białko z moczu. (Zblt. f. Gyn. 1910, 308). A.

„Eumictine“. Zachwalana w »Therapeutische Monatsberichte«, jako lek przeciwwiórowy moczopędny, a mająca rzekomo zawierać santatol, salol i heksametylentetraminę zawiera podług badań Sugvera trochę tylko salolu, olejek santałowy w lichym gatunku, a zupełnie nie zawiera urotropiny. X.

Wrodzony brak główek kości łokciowej u robotnika, który doznał w tej okolicy urazu, uznali lekarze za złamanie główki, bo obraz był rzeczywiście łudzący i dopiero zapomocą promieni Röntgena stwierdził Hofman, że chodzi tu o wadę wrodzoną. Dowodzi to, jak potrzebne są nieraz promienie rentgenowskie, zwłaszcza przy orzeczeniach o uszkodzeniach wskutek wypadku, gdzie chorzy rozmyślnie podają nieraz fałszywe wywiady. (Med. Klinik, Nr 26). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 13. lipca 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

(Ciąg dalszy).

2. Kol. Kopciński przedstawia przypadek **okresowej psychozy**, z ruchami samorodnymi, trudnymi do określenia.

H. K., dziewczyna 17-letnia. Dwoje jej rodzeństwa umarło w wieku dziecięcym, jak się wyrażają rodzice, »na głowę«; jedno z nich — w drgawkach. Chora do 7 lat rozwijała się prawidłowo, chodziła do szkoły, umiała czytać i pisać. W 9. roku chora zaczęła krzyczeć po nocach, widziała ogień, mówiła, że jej chcą poucinać palce. Po jakimś czasie zrobiła się bardzo cicha, nie chciała mówić, przyjmować pokarmów. Stan depresyi przeszedł znów w silne podniecenie: chora biła otaczających, darła ubranie. Od tego czasu stany podniecenia i depresyi zmieniają się ciągle, trwając po parę miesięcy. Po przybyciu do Kochanówki od dnia 16. I. do 25. I. r. b. była chora podniecona: skakała po łóżku, przybierała rozmaite nienaturalne postawy: chowała głowę między nogi, leżała długi czas, wsparta na kolanach i łokciach. Na pytania nie odpowiadała; nie oryentuje się w otoczeniu. 25. I. podniecenie zaczęło się zmniejszać, a 15. II. chora jest zupełnie spokojna. Na pytania jednak nie odpowiada, wymienia jedynie swoje imię. Względem otoczenia zupełnie obojętna. W końcu marca chora, będąc dalej zupełnie spokojna, zaczęła się trochę interesować tem, co się koło niej dzieje: wita się z lekarzem, siadając na łóżku, kiedy ten przychodzi i podaje mu rękę; spełnia wszystko, czego od niej zażądają. Na pytania odpowiada twierdzącym lub przeczącym ruchem głowy. W maju udaje się z chorej wydobywać po parę wyrazów; odpowiada, ale zawsze jednem słowem i po namyśle. Stan umysłowy odpowiada, o ile sądzić można z badania chorej, która prawie nic nie mówi, umysłowi 6—7-letniego dziecka.

Z chwilą, kiedy chora zaczęła się uspokajać, zauważyliśmy u niej ciągłe ruchy samorodne: kręci głową, jedną stopę zakłada za drugą; palce u rąk i nóg — w ciągłym ruchu: kiedy jeden się wyprostowywa, drugi się kurczy; przytem chora często mruży oczy, ziewa lub uśmiecha się. Być może, iż ruchy te były i wtedy, kiedy chora była niespokojna, bliżej ich jednak nie spostrzegano, wszystko bowiem składało się wtedy na karb podniecenia — zresztą i obserwacya była utrudniona. Określić, do jakich ruchów wyżej opisane należy zaliczyć — nie podejmuję się: miały one pewne cechy podobne i do ruchów pląsawiczych i do atetozy i »tic«, jednak tylko pewne cechy i ani do tych ani do owych zaliczyć ich nie było można. Obecnie spostrzegamy u chorej zaledwie nieznaczne ich resztki.

Zwraca uwagę ułożenie ciała i chód chorej: ramiona wysunięte naprzód, nogi rozstawione; chodzi również z rozstawionemi nogami powoli i ciężko, kołysząc się z boku na bok. Należy zaznaczyć, że odruchy kolanowe u chorej przez dłuższy czas (około $1^1/_2$ miesiąca) były zniesione. Poza tem ze strony somatycznej i układu nerwowego nic osobliwego nie spostrzegaliśmy.

Na pierwszy rzut oka chora może sprawiać wrażenie idyotki. Jednakże prawidłowy rozwój do 8-go roku życia i obecny stan jej umysłu przy dokładniejszem zapoznaniu się z jej inteligencyą zdają się wyłączać to rozpoznanie. Zmiana stanów podniecenia i depresyi czyniłaby najprostszem przypuszczenie psychozy maniakalno-depresyjnej, przy której pewną prostotę objawów tłumaczyłby doskonale wiek dziecinny chorej. Pozostają jednak niewytłómaczone ruchy samorodne i znikanie odruchów ścięgnistych. Jeżeli skojarzymy z ruchami, spostrzeganymi u chorej, pewne właściwości samej psychozy, a mianowicie: zastraszające omamy, a szczególnie widzenia ognia, dezoryentacyę w czasie podniecenia i stan depresyi więcej z charakterem osłupienia (stupor) niż właściwej depresyi — to możemy przypuścić u naszej chorej psychozę pląsawiczą. Wollenberg opisuje 8 przypadków psychoz pląsawiczych z podobnymi objawami psychicznymi. Znikanie odruchów kolanowych byłoby przy takiem przypuszczeniu także zrozumiałe. Rozumie się, że rozpoznanie takie uczynić można tylko jako przypuszczenie, ponieważ ruchy samorodne nie są charakterystyczne i nie były spostrzegane przez cały okres podniecenia — nie wiadomo, czy się wtedy wzmagały i jaki miały charakter. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Klozenberg zauważa, że z opisu i z tego, co można obecnie u chorej zauważyć, ruchy przypominałyby raczej »tic convulsif.« — Kol. Pański. Ruchy chorej nie przypominają pląsawiczych. Czem wytłumaczyć

brak przez pewien czas odruchów kolanowych u chorej?— Kol. Chodźko. Obecne ruchy są bardzo małe. Wogóle podczas całego pobytu w szpitalu ruchy nie odpowiadały żadnym ze znanych charakterystycznych ruchów samorodnych. — Kol. Klozenberg. Czy nie można tutaj rozpoznawać »maladie de tic«, która ma wszak również równoważnik psychiczny. — Kol. Chodźko obserwując chorą przez cały czas w szpitalu, nie zauważył przymusowych ruchów. Psychoza przy »tic convulsif« ma inny charakter: nie spostrzegaliśmy nigdy u chorej objawów koprolalii. — Kol. Kopciński zaznacza, że co się tyczy odruchów kolanowych, to znikanie ich przy pląsawicy podawane jest w piśmiennictwie (Fleury, Oppenheim).

3. Kol. Pański przedstawia przypadek do rozpoznania: **Lues spinalis, gumma. Sclerosis disseminata. Myelitis acuta e causa ignota.**

Dziewica 20 l. Przedtem zawsze zdrowa. Od kilku dni bole w kończynach dolnych i krzyżu, utrudnione chodzenie, stan gorączkowy. Po paru dniach zupełne porażenie poprzeczne dolnych kończyn i porażenie lewej kończyny górnej, bardzo silne bóle krzyża i kończyn dolnych, drętwienie w lewej dłoni. Zatrzymanie moczu i stolca. Badanie wykazuje: zaburzenia czucia — bolu — i ciepła bardzo wyraźne na lewej kończynie dolnej poniżej kolana; dotykowe — aż do linii pępkowej. Odruchy kolanowe i Achillesa silnie wzmożone, obustronne drganie stopy (Fussclonus), obustronny objaw Babińskiego i Oppenheima z wachlarzowem rozstawieniem 2 ostatnich palców. W lewej kończynie górnej siła mięśniowa o wiele słabsza, niż w prawej, wszystkie jednakże ruchy — możliwe. Zaburzeń czuciowych w kończynie tej brak. Odruch m. trójgłowego silnie wzmożony w porównaniu ze stroną prawą. Siedzieć o własnej sile chora nie może. Ze strony nerwów czaszkowych niema zmian żadnych. Źrenice oddziaływują na światło i akomodacyę; tarcze nerwów wzrokowych prawidłowe. Mowa wyraźna. Język nie zbacza. Oddawanie moczu odbywa się tylko zapomocą cewnika. Stolce — po lawatywie. Bole ustępują po morfinie. Kręgosłup przy opukiwaniu bolesny, przeważnie w części grzbietowej górnej. W prawej kończynie górnej nieznaczne drżenie przy doprowadzaniu palca do nosa. KI i leczenie swoiste. Po tygodniu: bole znacznie mniejsze; chora unosi wyżej prawą kończynę dolną ku górze, niż lewą; mocz oddaje bez cewnika.

Po 3 tygodniach zaburzeń czucia prawie niema, bolów niema; chora podtrzymywana chodzi po sali, w łóżku swobodnie siedzi; lewą kończyną górną porusza swobodniej. Drganie stóp (Fussclonus), objawy Babińskiego i Oppenheima wyraźne. Oddawanie moczu swobodne. Bolesności kręgosłupa przy ucisku niema.

Prawie nagłe powstanie organicznego cierpienia rdzenia u osoby zupełnie zdrowej, nie mającej żadnych śladów kiły (virgo intacta), przemawiałoby za ostrem zapaleniem rdzenia; wystąpienie potem niedowładu lewej kończyny górnej świadczy o istnieniu drugiego ogniska. Przebieg, wiodący do zejścia pomyślnego, nie może być zależny od leczenia swoistego, poprawa bowiem była stwierdzona po pierwszem wcieraniu. Może dalszy przebieg ułatwi rozpoznanie. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Klozenberg: W danym przypadku możnaby przypuszczać stwardnienie rozsiane. — Kol. Chodźko zgadza się, że można uczynić jakie przypuszczenie, ale jak wtedy wytłómaczyć bole u chorej? — Kol. Pański zwraca uwagę, że sprawa wystąpiła dosyć gwałtownie. (Dok. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Przeciw nadużywaniu środka Ehrlicha przez niektórych lekarzy (Preparat »606«).

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej na posiedzeniu w dniu 13. b. m. zajmował się sprawą reklamowania nowego środka Prof. Ehrlicha »606« i uznał, że o środku tym, jak o każdym nowym, a silnie działającym leku wydać fachową, bezstronną opinię, opartą na szerokiem doświadczeniu i naukowem badaniu powołane są w pierwszym rzędzie zakłady lecznicze, t. j. kliniki uniwersyteckie i szpitale. Reklamowanie zatem tego środka w pismach codziennych przed wydaniem takiej fachowej opinii uważać musi Izba lekarska za niewłaściwe, mogące narazić chorych na nieobliczalne następstwa. Izba musi wyrazić swoje zdziwienie, że odkrywca nowego środka nie dostarczył go klinikom i szpitalom do wypróbowania naukowego mimo usilnych o to starań, a uważa za nieodpowiednie, że użyczył zapasów jego kilku lekarzom prywatnym, dając im przez to sposobność do wyzyskania tej okoliczności dla celów własnej reklamy i możliwego wyzysku chorych. Doszło bowiem do wiadomości Izby, że za prosty zabieg wstrzyknięcia tego środka niektórzy lekarze, cieszący się chwilowym monopolem w stosowaniu tego leku, wyzyskując tę sytuacyę, mieli pobierać po kilkaset koron.

Izba lekarska zwraca uwagę publiczności interesowanej, że już po kilku tygodniach środek Ehrlicha »606« będzie w powszechnym obrocie handlowym i że do tej pory wskazania lecznicze dla tego środka dokładniej będą ustalone, a potrzebujący jego zastosowania uzyskają tę pomoc lekarską albo bezpłatnie w publicznych zakładach leczniczych, albo za stosunkowo niewielkiem wynagrodzeniem u lekarzy prywatnych, chorzy zaś na tej nieznacznej zwłoce żadnej szkody dla swego zdrowia nie poniosą.

Z tych powodów zwraca się Izba lekarska z apelem do prasy krajowej, aby przez użyczanie łamów dla autoreklamy poszczególnych lekarzy nie przyczyniała się w ten sposób do zbytecznego zaniepokojenia chorych.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Dr Festenburg.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: z Białej: Drowie F. Czyżyk, Karol Dworzański, Rudolf Gerber, Antoni Juras, Eugeniusz Kapelusz, Maciej Kwieciński, Alfred Steuer; z Rajczy: chir. Dr Klein; z Krakowa: Drowie Edmund Majewicz, Józef Nüssendorf, Mieczysław Warzeszkiewicz; z Dąbrowy: Dr Abraham Millet; ze Lwowa: Dr Wolf Gemeiner; z Marienbadu: Dr St. Benedykt Kwiatkowski; z Przemyśla: chir. Joachim Thalheim: ze Stanisławowa: Dr Edward Ehrenpreis; z Turki: Dr Jan Ozga. W.

Cholera w Rosyi. W ciągu tygodnia od 14—20 sierpnia zachorowało w Rosyi na cholerę osób 16106, zmarło 7743; w poprzednim tygodniu 30610 (13674); od początku epidemii było przypadków cholery 134163 (60396).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. IX. do 17. IX. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 16 † — (w tem obcych 5 † —), krztuśca 11 † 1, ospy wietrznej 2, płonicy 9 † — (1 † —), odry 3, duru brzusznego 7 † 3 (3 † 1), czerwonki 3 † 2 (1 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Krajowy Zjazd balneologiczny we Lwowie

w listopadzie 1910.

W chwili, gdy cały kraj rozbrzmiewa hasłem uprzemysłowienia naszego społeczeństwa i ekonomicznego dźwignięcia kraju w ten sposób, postanowiło także Towarzystwo lekarskie lwowskie przystąpić do tej ogólnej akcyi i na posiedzeniu z 10. grudnia 1909 powołało napowrót do życia komisyę przemysłowo-lekarską. Komisya ta po ukonstytuowaniu się ułożyła regulamin dla swego działania i objęła ramami tegoż nietylko sprawę popierania przemysłu krajowego, o ile on stoi w łączności z lecznictwem i higieną, lecz także i pieczę o zdrojowiska i uzdrowiska nasze, jako bardzo ważne, a niestety tak zapoznane gałęzie przemysłu krajowego.

Na tej podstawie zajmowała się komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na szeregu swych posiedzeń sprawami tych zakładów leczniczych i powzięła przekonanie, że zdroje nasze i uzdrowiska reprezentują ogromny kapitał komercyalny, dotąd bardzo słabo wyzyskany i że pod względem bogactwa leczniczego górują one nad wieloma zdrojowiskami światowemi, a co najmniej im wyrównują.

Mimoto miliony koron rocznie wywozi się z kraju do zdrojowisk obcych, gdyż nasze cierpią niestety na bardzo wielkie

niedomagania i to natury zasadniczej, do których usunięcia konieczną jest akcya zbiorowa w ścisłem tego słowa znaczeniu. — Niedomagania te są dwojakiego rodzaju, a mianowicie w kierunku naukowo-leczniczym i ekonomiczno-gospodarczym.

O ile poprawa tych stosunków pod względem naukowo-leczniczym leży w zakresie działania polskiego Towarzystwa balneologicznego, jako jedynej polskiej instytucyi zawodowej, o tyle w dziedzinie ekonomiczno-gospodarczej, zdaniem pomienionej komisyi, powinien się zająć poprawą stosunków Związek krajowych zdrojowisk i uzdrowisk, do którego założenia należałoby usilnie dążyć.

W tym celu postanowiła komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zebrać odpowiednie materyały do przygotowania tej sprawy przez zwołanie w listopadzie b. r. do Lwowa zjazdu wszystkich w rozwoju naszych zdrojowisk i uzdrowisk interesowanych czynników, a więc lekarzy, właścicieli i zarządców zakładów zdrojowych i klimatycznych, właścicieli will, hoteli i t. p. przedsiębiorstw zdrojowych. Na zjeździe tym dążyć się będzie do powzięcia uchwał, któreby stanowiły dyrektywę dla dalszych prac w tym kierunku i do utworzenia Związku, o którym wyżej wspomniano.

Zjazd ten odbędzie się we Lwowie w dniach 12. i 13. listopada b. r. i zapowiada się nadzwyczajnie celowo, albowiem opracowania poszczególnych referatów, wyczerpujących wszystkie potrzeby zdrojownictwa krajowego, podjęli się pierwszorzędni znawcy tych stosunków w kraju.

Spis referatów i ich referentów będziemy mogli niebawem podać do publicznej wiadomości.

Dr Krzyżanowski, przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarzy lwowskich. Lwów, departament sanitarny namiestnictwa.

Wiadomości bieżące.

Dobre stanowisko dla lekarza z dyplomem austryackim, Polaka, katolika, władającego cokolwiek językiem niemieckim, jest zaraz do objęcia na kresach zachodnich (dochód stały 3.700 kor., oprócz tego z praktyki 4—5 tysięcy koron). Informacyi udziela Redakcya »Przeglądu lekarskiego« (Prof. Krzyształowicz, Basztowa 6).

Kraków. Dla krajowego szpitala św. Łazarza rozpoczął się pożądany i oczekiwany oddawna okres przebudowy, w którym, jak spodziewać się można, stanie szpital stopniowo na poziomie, odpowiadającym nowoczesnym wymaganiom nauki i humanitaryzmu. Donosiliśmy już, że przekształcenie i rozszerzenie pawilonu chirurgicznego jest w pełnym toku; obecnie, jak słychać, są wypracowywane szczegółowe plany i kosztorysy rekonstrukcyi pawilonów dla chorób wewnętrznych, oraz uznana została potrzeba przeistoczenia budynku administracyjnego; nadto ma być ostatecznie rozpatrzona sprawa oświetlenia elektrycznego pawilonu zakaźnego i t. d. Sprzęty i bielizna szpitalna mają być w ciągu kilku najbliższych lat odpowiednio uzupełnione. Należy mieć nadzieję, że w ślad za temi inwestycyami, niewątpliwie pozostającemi w związku z ostatnią inspekcyą szpitala, pójdą dalsze, a wśród nich w pierwszym rzędzie rozwiązanie piekącej sprawy oddziału położniczego. Doprowadzeniem szpitala krakowskiego do takiego stanu, jakiego wymagać należy od zakładu w mieście uniwersyteckiem, zdobyliby sobie obecny dyrektor szpitala i inspektor szpitali krajowych wielką zasługę.

— Wakuje posada asystenta przy Zakładzie weterynaryjno-mikrobiologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. O posadę tę ubiegać się mogą lekarze; pożądane jest obycie z bakteryologią. Zgłaszać się należy do Dziekanatu lek. U. J., lub do Dyrektora Zakładu, Prof. Juliana Nowaka.

Warszawa. W sprawie okólnika, określającego wykonanie badań pośmiertnych w szpitalach warszawskich, dodaje obecnie »Gaz. lek.«, że w Królestwie polskiem obowiązuje ustawa szpitalna z r. 1842, dotąd nie zniesiona, której § 219 brzmi: »W każdym przypadku, gdzie oczekiwaną być może korzyść naukowa, sekcya patologiczna zaniechaną być nie powinna, również jak w każdym przypadku, gdy lekarz naczelny uzna tego potrzebę«.

Łódź. Towarzystwo lekarskie łódzkie, z okazyi 25-lecia swego istnienia zwołuje w roku 1911 zjazd Towarzystw prowincyonalnych lekarskich. Zjazd odbędzie się w Zielone Święta i trwać będzie dwa dni. Na ten zjazd otrzymano już pozwolenie władzy. Wybrana z łona członków Towarzystwa komisya przedstawi wkrótce zebraniu ogólnemu tegoż Towarzystwa plan ogólny działań przyszłego zjazdu.

Z różnych stron. Katedrę medycyny socyalnej, pierwszą w Austryi, objął Prof. Sternberg w Wiedniu. X.

— Dla członków międzynarodowego kongresu gynekologów w Rosyi mają być zniesione przepisy paszportowe na czas kongresu, tj. do przejazdu przez granicę wystarczy karta uczestnictwa. X.

— Z powodu braku lekarzy, komisya walki z dżumą pozwoliła, aby do Nowego Roku 1911 instytucye rządowe i społeczne powierzały odnośne posady lekarzom zagranicznym, żądając od nich świadectwa o zdaniu egzaminu państwowego lub też pełnienia przynajmniej w ciągu dwu lat obowiązków w zakładach leczniczych. (Gaz. lek.).

— II. międzynarodowa konferencya w sprawie raka odbędzie się w Paryżu od 1—5 października b. r.; przewodniczyć ma Prof. Czerny z Heidelbergu.

— Na instytut Pasteura w Paryżu, ofiarowała wdowa po markizie d'Oorvault milion franków. X.

— Do międzynarodowego związku Czerwonego krzyża przystąpiły nareszcie i Chiny. Główny zarząd mieścić się będzie w Pekinie, a w portach Chin będą oddziały.

Mianowani: Dr Pregl, profesor chemii w Gracu, profesorem chemii lek. w Insbruku; Doc. Kummer profesorem patologii zewn. i medyc. operac. w Genewie; Dr Baiardi profesorem okulistyki w Genui; Dr Fenwich profesorem urologii w Londynie, Dr Donaggio profesorem neuropatologii w Messynie.

Zmarli: Dr Zdenko Skraup, prof. chemii, w Wiedniu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.